

CAPÍTULO V: INVESTIGACIÓN Y MÉTODOS

APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL EN EL ESTUDIO DEL DONANTE ALTRUISTA EN ESPAÑA PRACTICAL APPLICATION OF SOCIAL RESEARCH IN THE STUDY OF ALTRUISTIC DONOR IN SPAIN

"Vivir para los demás no es sólo una ley de deber, sino también una ley de felicidad".
Augusto Comte.

**Ormeño Gómez, Miriam Esther¹; García Martínez, Marta¹; Valentín Muñoz, María Oliva¹;
Martínez del Pozo, Montserrat²; Matesanz Acedos, Rafael¹.**

¹ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES; ²FUNDACIÓN PUIGVERT.

mormenog@msssi.es; mgarciamar@msssi.es; mvalentin@msssi.es;

mmartinez@fundacio-puigvert.es; rmatesanz@msssi.es

RESUMEN

El trasplante renal es la mejor opción de tratamiento para la insuficiencia renal crónica. Esta opción es ampliamente aceptada por los diferentes foros de trasplante siempre que se garanticen la seguridad en el proceso de donación y trasplante. El altruismo debe estar siempre presente, así como la información comprensiva proporcionada a los receptores, a los donantes (en el caso de la donación de vivo) y a sus familiares. Actualmente, por la falta de órganos para trasplante renal provenientes de cadáveres, los receptores pasan largos periodos de tiempo en lista de espera y su calidad de vida empeora. La comunidad de trasplantes se ha enfrentado a este problema universal promoviendo los trasplantes renales con donante vivo, siempre que dichos donantes sean adultos sanos, hayan tomado la decisión de donar sin coacción y estén claramente informados. La mayoría de los donantes vivos de riñón están genética o emocionalmente relacionados, pero también hay un número de candidatos que desean donar un riñón a un desconocido. La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) ha desarrollado un protocolo de actuación para la evaluación de éstos últimos, los potenciales donantes altruistas (Buen Samaritano) teniendo en cuenta los aspectos clínicos, sociales, éticos y legales con el fin de garantizar que la protección de los

donantes esté asegurada. Este programa es una realidad en España desde el año 2010. El presente artículo muestra los resultados preliminares de un trabajo de investigación social más amplio orientado a conocer el perfil sociológico de los posibles donantes altruistas e identificar las principales motivaciones que influyen en esta decisión.

PALABRAS CLAVE

Trasplante renal, donación de vivo, entrevista, altruismo, motivación.

SUMARIO 1. Introducción, 2. Marco teórico, 3. Objetivos y Metodología, 4. Resultados, 5. Conclusiones, 6. Bibliografía.

ABSTRACT

Kidney transplantation is the best treatment for patients with end stage kidney disease. This option is broadly accepted by the different transplant forums, while ensuring the safety of the process of donation and transplantation. Altruism should be present, as well as comprehensive information provided to recipients, donors (in case of living donation) and relatives. Currently, due to the lack of deceased organ donors available for transplantation, recipients spend long periods of time on the waiting list and their quality of life get worse. The transplantation community has faced this universal problem by promoting living donor kidney transplantations, providing that donors are healthy adults, have taken the decision to donate without coercion and have been clearly informed. Most live kidney donors are genetically or emotionally related, but there are a number of candidates that wish to give the kidney to an unknown person. The National Transplant Organization (ONT) has developed an operating protocol for the assessment of these last potential altruistic donors (Good Samaritan), taking account clinical, social, ethical and legal aspects in order to guarantee that the donor protection is assured. The program is a reality in Spain since 2010. This article shows preliminary results on a broader social research aimed to know the sociological profile of potential altruistic donors and identify the main motivations that influences this decision.

KEYWORDS

Kidney transplant, living donation, interview, altruism, motivation.

CONTENTS: 1. Introduction, 2. Theoretical framework, 3. Objectives and methodology, 4.

Results. 5. Conclusions. 6. References.

1. INTRODUCCIÓN

La donación renal en vida se realiza en España desde hace más de 40 años pero, hasta la década pasada, se llevaba a cabo exclusivamente entre familiares, en gran parte debido a la reticencia de profesionales y pacientes a someter a una persona sana a una intervención quirúrgica. El desbalance entre el número de donantes fallecidos y la lista de espera de trasplante renal, los buenos resultados del trasplante renal de vivo, la seguridad de la técnica demostrada en grandes series de casos a largo plazo y mejor relación coste beneficio frente a la diálisis, han supuesto un cambio en la actitud global, pasando a ser un procedimiento habitual.

En paralelo al incremento del trasplante renal con donante vivo ha surgido la figura del “donante altruista” o “buen samaritano”, que es aquella persona que desea donar en vida un riñón a un desconocido de manera anónima y desinteresada, no pudiendo conocer tampoco en un futuro a su receptor. Cabe señalar que aunque todas las donaciones de vivo deben ser consideradas altruistas, ésta lo es en su máxima expresión pues no existe ningún vínculo emocional concreto.

Pero aunque el concepto de altruismo se ha estudiado y debatido desde los inicios del trasplante de órganos, no ha sido hasta la aparición de dicha figura cuando este concepto se ha situado en primer plano. La comunidad trasplantadora había presentado ciertas reticencias ante este tipo de donación, porque pensaban, entre otras cuestiones, que podría abrir la puerta al comercio de órganos. Además, se mostraban escépticos sobre los motivos por los que estos donantes querían realizar un gesto tan generoso a un desconocido e ir en contra de su propio interés, llegando incluso a cuestionar la existencia de algún tipo de patología psiquiátrica.

Debemos incidir, por tanto, que esta opción de donación precisa por ello de un estudio muy cuidadoso del donante, que haga especial hincapié en los principios fundamentales de la donación: altruismo, solidaridad, gratuidad, anonimato y protección del donante. Por este motivo, en el año 2010, la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) en colaboración con las CC.AA, creó un comité de expertos multidisciplinar para la elaboración y puesta en marcha del Programa Nacional de Donación Renal Altruista, con el objetivo de establecer un protocolo a seguir que garantizase la evaluación cuidadosa de cada candidato a donante

altruista en nuestro país, puesto que la seguridad para el donante cobraba en este caso especial interés. Dicho protocolo incluye una evaluación completa del potencial donante, una evaluación rigurosa por parte del comité de ética y la comparecencia final ante el juez del registro civil.

La evaluación completa se realiza en tres fases:

- 1) Evaluación inicial y coordinación del proceso por la ONT.
- 2) Primera evaluación por centro hospitalario con programa activo de trasplante renal de vivo.
- 3) Segunda evaluación por centro hospitalario perteneciente al programa de trasplante renal cruzado.

Una parte fundamental en la valoración del potencial donante y para la cual hemos recurrido a las técnicas de investigación social es la primera entrevista de donación que se realiza en la evaluación inicial, en la que se decide si el candidato será enviado a un centro hospitalario para iniciar su evaluación clínica como potencial donante altruista renal vivo. La entrevista en profundidad, entendida como una situación de interacción social, nos permite realizar una valoración del posible candidato (incidiendo en aspectos como motivación, trayectoria altruista y perfil sociológico de estas personas), así como generar datos para su posterior análisis e investigación que nos ayuden a entender mejor este tipo de actitud prosocial en el ámbito de los trasplantes.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Aproximación al concepto de altruismo

El análisis del concepto de altruismo ha suscitado gran interés en diferentes disciplinas como la Sociología, la Antropología, la Biología, la Filosofía, la Psicología, etc., y tiene un atractivo irresistible para los científicos sociales, sobre todo por su carácter compuesto y confuso que reclama a voces un esfuerzo de clarificación. Pero aunque este no sea uno de los objetivos de nuestra investigación, hemos considerado pertinente ahondar en el significado de dicho término para introducirnos en su objeto de estudio.

El altruismo aparece también entre los elementos más celebrados de las religiones

tradicionales, en concreto en el Cristianismo, Judaísmo, Islamismo e Hinduismo. Para todas ellas, el ser humano ha sido creado a semejanza de su dios y por tanto es un ser noble que actúa en beneficio de quienes lo necesitan. Uno de los ejemplos más claros lo podemos encontrar en el cristianismo, donde Jesús se sacrificó para salvar a la Humanidad del pecado.

El término altruismo forma parte de nuestro vocabulario habitual y el diccionario de la Real Academia Española lo define como “diligencia en procurar el bien ajeno aún a costa del propio”. En su uso cotidiano, hace referencia a la realización de una acción completamente desinteresada y en beneficio de otras personas o causas, pero nunca en beneficio propio.

Este concepto, tal y como lo conocemos hoy, tiene su origen en un vocablo del francés antiguo “altruisme” cuyo significado es “darse a uno mismo para ayudar a aquel que lo necesita”. Fue acuñado en 1851 por Augusto Comte en su obra “Sistema de Política Positiva”, donde nos explicaba que el altruismo es la alternativa a la virtud cristiana de la caridad, del amor al prójimo, pero aunque implica benevolencia no se reduce a ella. Tampoco es un vago sentimiento de afecto ya que constituye la base de una moral sistemática. Además, añade que a través del altruismo podemos afirmar la caridad y el amor como fuente de convivencia, por lo que altruismo y la filantropía pasaron a convertirse en términos laicos de caridad.

Desde la perspectiva sociológica, el fenómeno del altruismo ha sido tratado desde las teorías de las normas sociales en las que se afirma que esta conducta se produce por lo prescrito por las normas sociales, en concreto por la “norma de reciprocidad” y la “norma de responsabilidad social”.

La perspectiva de la Sociobiología, sin embargo, afirma que la esencia de la vida es la supervivencia de los genes, por lo que la conducta altruista verdadera se opone a la teoría evolucionista que es su base teórica. El altruismo implica actuar en favor de otra persona, aun cuando el resultado de esa acción pueda resultar dañino para quien la llevó a cabo y su descendencia, en este sentido se opone a la teoría darwinista de la supervivencia de los más aptos.

Por su parte, en la Antropología, “el paradigma del regalo” sirvió para dar cuenta de las acciones altruistas entre desconocidos en las sociedades contemporáneas, fijándose al mismo tiempo una estructura sobre la cual también podía entenderse cualquier trasplante de órganos. Aquello que lleva a las personas a dar en situaciones en las cuales no es posible o

esperable reciprocidad alguna, es un sentimiento íntimo de satisfacción por incluirse en el circuito de intercambios sociales generalizados cuyo beneficio, a falta de una retribución directa, consiste en reforzar la pertenencia a un sistema social (Mauss, 1991).

El debate acerca de la posibilidad de altruismo y otras muchas acciones que observamos y que consideramos altruistas podríamos reducirlo a acciones prosociales, entendidas como un curso de acción que beneficia a otro positivamente. Sin embargo, parece que nos encontramos con dos conceptos idénticos, altruismo y conducta prosocial, pero la diferencia radica en la intención, motivo subjetivo y significado atribuido a la acción positiva. Debemos distinguir un concepto del otro antes de seguir adentrándonos en el estudio del donante altruista y para ellos es importante aclarar que una conducta voluntaria que suponga un beneficio para otro será prosocial, pero sólo será altruista si además, implica algún coste. En este sentido, toda acción altruista es prosocial, pero no toda acción prosocial es altruista.

En este contexto, las donaciones pueden considerarse una conducta altruista, pero en sentido amplio deben tratarse como conductas prosociales, dado que las personas donantes pueden tener motivos o razones no asociadas a la gratuidad. De hecho hay donantes que tienen la expectativa de una retribución o de reciprocidad, otros que buscan una íntima satisfacción en función de un deber ser que te hace mejor, quizás también buscando prestigio y reconocimiento ante los ojos de los demás. Algunos seguramente encontrarán esta gratificación asociada a una expectativa de reconocimiento trascendente, es decir un reconocimiento de su Dios, el cual se encargará de beneficiarle de alguna manera en esta o en la otra vida.

Con todo lo relatado hasta ahora y desde la perspectiva que aquí nos ocupa, donde el altruismo tiene un papel central en el trasplante y en la donación de órganos, no intentaremos encasillar este concepto dentro de ninguna corriente ni responder a esta pregunta porque creemos que nos enfrentamos a un término con múltiples significados y quizás sería más preciso y pertinente hablar de generosidad, benevolencia, empatía, solidaridad y amor por los demás. Nos centraremos en pensar que quién dona un órgano da muestras de solidaridad con los demás, expresa su cercanía antropológica con otros seres humanos, destaca su capacidad para ponerse en lugar del necesitado, refuerza sus vínculos sociales y afirma su capacidad de amor por el prójimo. Donar, es por tanto, sinónimo de ser solidario y de desarrollar intercambios humanizadores y humanizantes.

2.2. Génesis de la donación renal altruista

Desde que en el año 1954 Murray realizó el primer trasplante renal de donante vivo con éxito entre hermanos gemelos univitelinos, hasta nuestros días, la donación y el trasplante renal de donante vivo, ha experimentado un claro desarrollo no solo desde el punto de vista clínico, sino también en el plano ético y legal.

En la actualidad es aceptado por los diferentes foros de trasplante, nacionales e internacionales, siempre que se garanticen la seguridad, la información, la motivación solidaria, el consentimiento libre y la ausencia de lucro.

No obstante debemos aceptar que en el mundo, existen dos tipos de donación de órganos en vida, una basada en la solidaridad y otra en el comercio, ambas representan un riesgo para el donante, sin embargo la primera está basada en valores nobles que las sociedades deben cultivar y la segunda los daña irreparablemente.

En la última década hemos asistido a un crecimiento espectacular de la donación en vida, llegando a representar en la actualidad casi la mitad de todos los trasplantes renales que se realizan en el mundo.

Paralelamente a esto hemos sido testigos de cómo numerosas instituciones, organismos públicos y expertos internacionales en el mundo del trasplante, se han pronunciado sobre cuáles deben ser las condiciones de un sistema justo de donación y trasplante de órganos y tejidos procedentes de personas vivas, procurando por encima de todo y como premisa fundamental, la protección del donante vivo, incluso por encima de la consecución del trasplante. En concreto, el Consejo de Europa a finales de los ochenta del pasado siglo recomendaba que el trasplante de órganos de donantes vivos debiera ser restringido, siempre y cuando no hubiera un órgano disponible procedente de donante fallecido o un método terapéutico de eficacia comparable.

Esta misma Institución en el año 2002, emitía la recomendación de que la nefrectomía de un donante vivo renal pueda llevarse a cabo, si es en beneficio de un receptor relacionado, en función de lo que marque la legislación. Si el receptor es no relacionado, debe tener la aprobación de un organismo independiente.

Así mismo, expertos internacionales en el campo del trasplante, emitían un documento de consenso en el conocido como Foro de Ámsterdam (2004), mediante el cual se aceptaba el trasplante renal de donante vivo, siempre que se minimizasen las consecuencias físicas, psicológicas y sociales para el donante, se respetase su autonomía y se realizase un riguroso seguimiento, persiguiendo la protección del donante.

En este sentido y ante los excelentes resultados del trasplante de vivo entre personas no relacionadas genéticamente y la cada vez más creciente demanda de órganos, el Comité de Ministros del Consejo de Europa en (2008) permite el trasplante renal de vivo entre personas no relacionadas genéticamente, siempre que se respeten las condiciones ya enumeradas para la donación relacionada. Con el consiguiente impacto sobre el desarrollo jurídico en esta materia y en los códigos deontológicos profesionales de los estados miembros.

Más recientemente, se actualizaron los Principios Rectores sobre el Trasplante de Órganos de la OMS (2010), en respuesta a los nuevos desafíos impuestos por la escasez de órganos y las cuestiones éticas implícitas, que permiten a los adultos vivos donar órganos conforme a la legislación nacional.

En estas recomendaciones se encuentran incluidos todos los valores que deben estar garantizados en cualquier programa de donación de órganos y tejidos de vivo: seguridad, información, competencia, motivación solidaria, ausencia de coacción, ausencia de lucro y consentimiento libre, voluntario y expreso.

En nuestro caso concreto, España ya poseía un marco jurídico propicio, desde que en el año 1979 la Ley 30/79 de 27 de octubre sobre extracción y trasplante de órganos regulara la donación de vivo, sin prohibir la de donante no relacionado. Esta ley, desarrollada en el RD 1723/2012 de 28 de diciembre por la que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad, da un paso más en esto y establece los requisitos necesarios para que pueda producirse la donación de un órgano en vida; siempre que se mantengan los principios de altruismo, solidaridad, gratuidad, con especial protección al donante. En el mismo sentido de mantener los principios fundamentales de este acto, la Ley Orgánica 5/2010 de 22 de junio, tipifica como delito y sanciona a todos aquellos que promuevan, favorezcan, faciliten o publiciten la obtención o el tráfico ilegal de órganos humanos ajenos o su trasplante.

Es en este contexto e impulsados por la necesidad de dar respuesta a una proporción de la población que solicita la posibilidad de donar en vida un riñón de manera desinteresada y anónima, a receptores en lista de espera de trasplante, en el que La Organización Nacional de Trasplantes desarrolla en el año 2010, un Protocolo Nacional de Evaluación de Donación Altruista en nuestro país. Los excelentes resultados del trasplante renal de vivo, el desarrollo

de técnicas quirúrgicas poco invasivas, la mejora de la seguridad para el donante y la escasez de órganos, unido a los precedentes exitosos con programas de donación altruista en países como Holanda, USA y Corea son los detonantes de la puesta en marcha de este proyecto.

3. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Entendemos que la mejor forma para evaluar a los donantes altruistas es realizar su análisis como fenómeno social, para tratar de adaptar la teoría a la realidad. Nuestros objetivos son conocer el perfil sociológico de los posibles candidatos a donación altruista e identificar las principales motivaciones que subyacen en esta decisión.

Desde nuestra situación, como profesionales del sistema sanitario español e integrantes de un equipo multidisciplinar, somos conscientes de las peculiaridades que tienen estas personas con respecto al resto de la población. A ello hay que sumar que partimos de una selección oportunista y no aleatoria de los candidatos porque este trabajo se ha llevado a cabo entre aquellas personas que directamente han contactado con la red de trasplantes entre junio del 2010 y septiembre del 2013, interesándose por este tipo de donación, por lo que no podemos extrapolar los resultados aquí obtenidos al resto de la población española sino tan solo mostrar una fotografía.

Se trata, por tanto, de una investigación descriptiva, dado que su interés es especificar las características, perfiles y motivaciones de estas personas. Es decir, tratamos de conocer y describir un fenómeno social no de buscar sus causas.

Para la realización de este trabajo se implementó una metodología cualitativa ya que esta nos permite realizar un análisis en profundidad de la historia, representaciones, creencias, actitudes, percepciones y opiniones de estas personas. A través de la comunicación pretendemos ahondar en una serie de cuestiones que nos permitan un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.

El instrumento utilizado para recoger la información fue una entrevista en profundidad semiestructurada, elegida por su riqueza informativa, por ofrecernos la posibilidad de indagación de algunos aspectos no previstos a priori y por favorecer la intimidad entre el entrevistado y el entrevistador (Valles, 1999). El guion de dicha entrevista ha sido elaborado por la ONT siguiendo las recomendaciones establecidas por el "Protocolo de Donación Altruista" y se divide en cinco apartados:

- Información.
- Variables sociodemográficas.
- Vínculos familiares.
- Trayectoria altruista y motivación.
- Historia clínica.

Aunque inicialmente se seleccionaron un conjunto de preguntas y cuestiones básicas a explorar, el diseño flexible de la entrevista, donde ni la redacción exacta ni el orden de las preguntas está predeterminado, nos permitió hacer modificaciones en el transcurso de la recolección de los datos según las necesidades del discurso del potencial donante.

4. RESULTADOS

4.1. Perfil sociológico

En este apartado se presentan las características sociológicas que describen al grupo de posibles candidatos para ser donantes altruistas en España. La información recogida incluye la edad, nacionalidad, lugar de residencia, estado civil, situación de convivencia, vínculos familiares, nivel de estudios, ocupación y creencias religiosas.

Desde junio de 2010 hasta septiembre de 2013, un total de 204 personas se han ofrecido como donantes altruistas de riñón a la ONT, 114 hombres y 90 mujeres, con una edad media de 49,9 años [14,9] y un rango que oscila entre los 19 y los 91 años. Lo primero que nos llama la atención es el sexo de la población objeto de estudio ya que está compuesta por un 56% de hombres. Comparando esta variable con la obtenida y publicada en la Memoria de Trasplante Renal de 2012 de la ONT, vemos que existen diferencias significativas porque entre todos los trasplantes renales realizados con donante vivo durante el año pasado, un 63% de los donantes era mujeres, generalmente con alguna relación de parentesco.

El 88% de los candidatos son de origen español y en su distribución territorial por Comunidades Autónomas de residencia destacan Cataluña con una 25,1%, seguida de la Comunidad de Madrid con el 21,1% y de Andalucía con un 19.6%.

Si nos centramos en el estado civil y la situación de convivencia de estas personas, podemos apreciar que más de la mitad del grupo está compuesto por solteros, divorciados,

separados y viudos, lo que nos indica que son personas que viven solas o no conviven en pareja y tienen al menos un hijo.

D166: *“En cuando a la familia...hace seis meses que mi mujer se ha marchado de casa y estamos separándonos. Vivo solo y tengo cuatro hijos,... [Silencio]. No tengo ninguna relación con ellos y hace once años que no los veo”.*

Los candidatos entrevistados han finalizado estudios de nivel medio o superiores, lo que nos facilita el entendimiento de la primera parte de la entrevista donde nos centramos en los aspectos médicos sobre la donación renal como son el tipo de intervención, periodos de convalecencia, posibles complicaciones, etc. Algo más de la mitad, nos explican que han comentado su intención de donar un riñón en su entorno más próximo y contarían con ayuda durante su periodo de convalecencia. De esto podemos deducir que este tipo de decisión es algo meditado y comentado con familiares o amigos y no es fruto de una decisión impulsiva. En cuanto a su situación laboral casi la mitad están trabajando, seguidos a continuación por aquellos que están en desempleo o ya están jubilados. Entre aquellos que se encuentran en activo obtenemos discursos que transmiten cierto miedo por perder su puesto de trabajo debido al tiempo que puedan estar de baja después de la intervención. Entre los que están en situación de desempleo se aprecia también lo mismo, aunque enfocado de diferente manera ya que quieren aprovechar este momento de no actividad profesional para no tener que recurrir a la petición de incapacidad temporal cuando encuentren un nuevo empleo porque quizás supondría perderlo de nuevo.

D61: *“Llevo once años trabajando en un supermercado y estoy fija, pero había pensado coger vacaciones si finalmente puede ser”...*

En cuanto a las creencias religiosas, tenemos recogida la respuesta tan solo de 55 candidatos, debido a que es una de las variables que hemos añadido al guion con posterioridad por sus reiteradas apariciones en el discurso y estaba claramente latente en el primer candidato que logró finalizar el estudio completo y donar un riñón a un desconocido. De los candidatos que han contestado a esta cuestión 35 se consideran católicos, divididos en partes casi iguales entre practicantes y no practicantes.

D177: *“Soy católica, creo a mi manera y asisto a misa con frecuencia... No hay connotación religiosa, mi interés es ayudar a otras personas. La fe cristiana habla de querer a los demás como a ti mismo y eso sí lo comparto. No comparto otros aspectos que divulgan los sacerdotes o el papa que atentan contra la salud pública o con el sentido común como la no*

utilización del preservativo o que tu voto condiciona si vas al cielo o al infierno. En resumen, mi fe, que tampoco es muy sólida no me ha llevado a considerar esta donación".

4.2. Trayectoria altruista y motivación

Casi todos los candidatos entrevistados cuentan con una trayectoria altruista significativa a lo largo de su vida. Encontramos personas muy concienciadas con el mundo de la donación y el trasplante (donantes de sangre habituales, donantes de médula ósea, poseedores de la tarjeta de donante de órganos) y personas inscritas como donantes de su cuerpo a la ciencia.

D165: "Me considero una persona altruista, aunque me resulte pretencioso escucharlo [silencio]. Soy donante de sangre desde hace dieciocho años de manera habitual y estoy inscrito como donante de médula en la Fundación Josep Carreras, también tengo la tarjeta de donante de órganos.... aunque la considero simbólica y por eso estoy pensando reflejarlo en el registro de últimas voluntades para que no haya duda de mi intención al morir".

También existe un gran número de colaboradores activos en ONG de diferente índole, personas que realizan tareas de voluntariado (acompañamiento de enfermos, de personas mayores o cuidado de niños en pisos tutelados).

D198: He trabajado como voluntaria en el hospital Niño Jesús, con niños enfermos, aunque no he conocido a ningún enfermo renal directamente. El contacto más cercano ha sido recientemente, en un juicio que presidí donde una paciente renal se querellaba, me pareció una persona con mucho coraje,...aunque su situación me conmovió,...".

Entre los candidatos están presentes aquellos que abren las puertas de su hogar para hacer de casa de acogida para niños huérfanos y los que dan comida y alojamiento a personas que viven en la calle sin pedirles nada a cambio.

D6: "En Barcelona conocí a dos personas que no tenían dinero. Le pregunté a mi madre si podía ayudarles ofreciéndoles alojamiento y comida, siempre y cuando no le causaran problemas a ella. Mi madre les aceptó y estuvieron cinco años conviviendo con nosotros, sin pagar nada por comida y alojamiento".

Debemos tener muy en cuenta, que a diferencia de la donación de vivo relacionada, el donante altruista no percibe, en su vida cotidiana la satisfacción de ver al receptor amado recuperado ni tampoco siente la satisfacción visual del día a día, que le permita atribuir la

mejoría del receptor a consecuencia de su donación, sin embargo existen otras recompensas para ellos.

D6: *“Recibiré mucho más que nadie si dono un riñón. ¿Usted lo sabe? Tengo una vida feliz. Realizo lo que deseo: ayudo a los de mi entorno....”*

Entre las principales motivaciones argumentadas por los candidatos evaluados y en un intento por categorizar algo tan subjetivo e intangible como resulta ser este término, podemos decir que una de las más se repite es la de “querer mejorar la calidad de vida de los demás”.

D95: *“Me gustaría hacer algo bueno por los demás porque así entre todos podremos mejorar la vida de los demás, sentirme orgullosa de lo que he hecho,... porque siempre se recibe algo a cambio cuando ayudas a alguien y no hablo de dinero, porque yo lo que quiero hacer lo hago de manera desinteresada, quiero devolverles a los demás una vida mejor para que no sufran...”*

La siguiente motivación más revelada es la de la “tener conciencia de la necesidad existente en la sociedad en materia de trasplantes” por conocer a alguien que sufría o ha sufrido esta enfermedad o por haber llegado a este conocimiento de la situación a través de los medios de comunicación.

D168: *“Hace años un amigo mío necesitó diálisis, posteriormente le sometieron a dos trasplantes de riñón y finalmente murió a los cincuenta y tres años... Se lo que significa padecer esta enfermedad... [Se emociona]”*

También tenemos personas que imaginan la preservación de la propia vida en la prolongación de la vida del otro, manteniendo con vida propia una porción del yo, para cuando desaparezca, en otro ser y aquellos para los que la donación es una forma de adscripción a un círculo de interdependencias, en el cual nadie está exento de necesitar un órgano, para sí o para un ser querido, de algún otro donante altruista.

En el siguiente fragmento debemos mencionar la “reciprocidad”, latente en muchos de las entrevistas analizadas.

D165: *“Si yo hago ahora esto por los demás en un futuro quizás otro lo hará por mí o por un familiar mío y estas deberían ser las bases sobre las que toda sociedad se asiente”*

Aquellos candidatos en los que comprobamos que la donación no parecía ser del todo lícita como aquellos que buscaban incentivos económicos, personas recluidas en instituciones donde precisamente esta situación les impedía tomar decisiones con total libertad y en

momentos de estabilidad emocional, fueron excluidos. También aquellos donde su interés estaba directamente relacionado con alguna patología, como por ejemplo, aquellos que necesitan donar para el desarrollo del narcisismo (auto-idealización exagerada), histrionismo (captación de atención mediática), perversión (con el fin encubierto de conseguir objetivos que no son éticos), masoquismo, ideas megalomaniacas delirantes u otras.

5. CONCLUSIONES

Como hemos querido mostrar, las técnicas de investigación social pueden aplicarse al estudio inicial del donante altruista en España con el fin de proporcionar a los responsables de este programa de donación una herramienta de gran utilidad que permita identificar si se debe iniciar o no la evaluación del estado de salud del potencial donante en un hospital, con el consiguiente consumo de recursos públicos.

Mediante la aplicación de la entrevista semiestructurada, han sido desestimados el 67% de los candidatos interesados por este tipo de donación. Entre las principales causas de desestimación mencionaremos las contraindicaciones médicas, donde destaca la presencia de enfermedades psiquiátricas; la negativa del propio candidato tras recibir la información sobre el proceso completo de donación y las situaciones de riesgo social que rodeaban la vida del candidato y que podrían desencadenar un proceso de mayor vulnerabilidad si se permitía la donación de un riñón. Con todo ello, creemos conveniente señalar que el elevado porcentaje de personas desestimadas, refleja la enorme importancia que se le ha dado a la protección del donante en este programa.

El perfil de los posibles candidatos a donación altruista evaluados por la ONT en este periodo está compuesto mayoritariamente por hombres, de mediana edad, que se encuentran en situación laboral de empleo, que viven solos o no conviven en pareja y que cuentan con una trayectoria vital de participación social significativa.

Entre las principales motivaciones extraídas del discurso nos encontramos la de “querer ayudar a mejorar la calidad de vida de los demás”, así como la “conciencia social de la necesidad existente en materia de trasplantes”.

Partiendo de estas premisas, se puede pensar que en la actual sociedad global, inmersa en momentos de crisis, donde parece que el sentimiento de contrato social está debilitado y que por ser parte de un todo no se pertenece a nada, resulta muy difícil comprender el significado último de acciones desprovistas de interés personal e incondicional como es el

caso que nos ocupa, donde las personas evaluadas desean donar un riñón a otra que lo necesita y a la que jamás conocerán.

En definitiva, no podemos ni ha sido nuestra intención intentar abarcar la diversidad y complejidad de las variables que intervienen en el comportamiento humano de estos potenciales candidatos a donación altruista pero si intentar esbozar un modesto perfil e indagar en qué conduce a estas personas a querer ayudar a otras con la que no mantienen lazos de sangre, asumiendo para ello un coste o riesgo propio.

6. BIBLIOGRAFÍA

COMTE, A. (1979): *Ensayo de un sistema de política positiva*. México, Universidad Nacional Autónoma de México.

ESPAÑA: RD 1723/2012 del 28 de diciembre. BOE núm. 313 de 29 de diciembre de 2012.

ESPAÑA: Ley 30-1979. Extracción y trasplante de órganos, de 27 de octubre. BOE núm. 266 de 6 de noviembre de 1979.

GARCÍA, M; VALENTÍN, M.; ORMEÑO, M.; DOMÍNGUEZ-GIL, B.; MARTÍNEZ, I.; GUIRADO, L.; ESCUÍN, F.; GIL, S.; LAUZURICA, R.; MATESANZ, R. (2012): *Altruistic donors in Spain: Procedure of evaluation*. Dubrovnik (Croacia). Comunicación en el 24 Congreso Europeo sobre Donación de Órganos de la Organización Europea de Coordinadores de Trasplante (ETCO).

GINER, S. (2010): *Sociología*. Barcelona. Península.

MATESANZ, R. (2006). *El milagro de los trasplantes*. Madrid. La esfera de los libros.

MAUSS, M. (2010): *Ensayo sobre el don: Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Madrid. Katz.

MAUSS, M. (1991): *Sociología y antropología*. Madrid, Tecnos.

ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES (2010): *Protocolo de donación renal altruista*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, disponible en: (http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/Prococolo_donación_renal_altruista.pdf, 10/08/13).

ORMEÑO, M.; VALENTÍN, M.; GARCÍA, M.; REVUELTA, I.; GENTIL, M.; MARTÍN, P.; ESCUÍN, F. GUIRADO, L.; LAUZURICA, R.; MATESANZ, R. (2013): Donación altruista en España. Bilbao, comunicación en el XLIII Congreso nacional de la Sociedad Española de Nefrología.

ORMEÑO, M.; VALENTÍN, M.; ÁLVAREZ, M.; GARCÍA, M.; MATESANZ, R. (2012): *Encuesta de opinión sobre el trasplante renal de donante vivo entre profesionales*. León, comunicación en la XXVII Reunión Nacional de Coordinadores de Trasplantes.

VALLES, M. (1999): *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid. Síntesis.

EL ARTE INFANTIL COMO INDICADOR DE LA REALIDAD SOCIAL

Maria Dolores Díaz Alcaide

Universidad de Sevilla

José Manuel Guil Bozal

Universidad de Sevilla y Universidad Pablo de Olavide

Resumen

Los métodos cualitativos de investigación social se han basado en las más diversas fuentes de información, las más conocidas son la entrevista en profundidad, la discusión en grupo y la observación participante; otras menos frecuentes tales como el análisis de documentos personales (diarios, cartas, etc.), novelas, películas de cine, anuncios publicitarios; y otras, más raras, tales como el mobiliario urbano, las edificaciones, etc.

Por otro lado, desde que a principios del siglo XX empezaron realizarse y publicarse los primeros estudios sobre los dibujos infantiles, o el arte infantil, más genéricamente, ha sido empleado como indicador de muchas cosas, según el ámbito en el que se desenvuelven los diferentes investigadores, con enfoques de carácter evolutivo (Luquet o Lownfeld), psicológico o psicopatológico (Aubin), estructural (Kellogg o Arnheim), semiótico (Matthews, Saínez), etc. El análisis del arte infantil como indicador de la realidad social es, sin embargo, un enfoque del que no se conocen estudios relevantes, únicamente puede constituir un antecedente el estudio realizado por S. William Ives y Howard Gardner (1984) titulado *Influencias culturales en los dibujos infantiles. Una perspectiva evolutiva*.

La presente comunicación refleja la investigación que se está llevando a cabo, y que ahonda en la línea de considerar el arte infantil como indicador de la realidad social. Para ello se toma como base un conjunto de dibujos realizados por niños de diferentes edades. Se dan a conocer los resultados de las fases iniciales de la investigación que se está llevando a cabo, acerca de los elementos a tener en cuenta en un análisis cualitativo de los dibujos infantiles, y su codificación para su tratamiento cuantitativo. En definitiva, el

tratamiento de estos datos visuales en el contexto de los métodos de investigación social, tanto cualitativos como cuantitativos.

Palabras clave: arte-infantil, indicadores-sociales, datos-visuales, métodos-mixtos-cualitativos-y-cuantitativos.

Introducción

La utilización de los dibujos que hacen los niños de corta edad como indicador de la realidad social es algo en relación a lo que, hasta ahora, hay escasas publicaciones. Las técnicas cualitativas de investigación social tratan de ahondar en el conocimiento de la realidad social a través de entrevistas en profundidad, grupos de discusión, análisis de contenido de documentos personales, mensajes publicitarios dirigidos a un público determinado, etc. Desde un punto de vista sociológico, el público infantil no es utilizado como informante de esta realidad, posiblemente por la poca información de la que, dada su corta edad, pueda ser portador, además de la especial protección de la que han de ser objeto. No obstante, desde el punto de vista de la Educación Infantil, esta fuente si puede tener más interés por la información que pueda aportar acerca de situaciones sociales que repercutan en la educación del niño y que quizá no pueda ser detectadas por sus educadores de otra manera. De cualquier modo, el desarrollo de una nueva técnica o instrumento de medida de la realidad, siempre ha de ser bien recibida desde un punto de vista científico, en cualquier área de conocimiento, y por la sociología también, independientemente de su aplicabilidad inmediata, que además es algo que puede surgir en cualquier momento.

Si hacemos un somero balance de las ventajas e inconvenientes del uso del arte infantil como indicador de la realidad social podríamos apuntar dos ventajas y a dos inconvenientes principales. Como ventajas podríamos indicar, por un lado, y en primer lugar, aunque parezca paradójico, el hecho de encontrarnos ante una cuestión en torno a la que poco se ha explorado hasta ahora y por lo tanto es mucho lo que desconocemos y no sabemos exactamente qué podremos encontrar, qué sorpresas nos puede deparar.

Podríamos decir que siempre merece la pena indagar si merece la pena el ejercicio cualquier actividad.

Una segunda ventaja que podemos identificar es el hecho de que la espontaneidad, propia de un niño de corta edad, es un bien deseable a la hora de obtener información. La insinceridad en la respuesta, condicionada por la percepción de lo socialmente deseable, constituye, podemos afirmar, el mayor elemento de distorsión y de merma de fiabilidad de la mayor parte de los instrumentos de medida empleados en investigación social. Trabajar con una población en la que este elemento queda prácticamente descartado es una ventaja cuyo menosprecio no dejaría de ser una ligereza.

En cuanto a los inconvenientes que podríamos señalar para el trabajo con este tipo de informantes, podríamos identificar, a su vez, otros dos. Por un lado, las dificultades devenidas de la comunicación por razón del poco desarrollo del lenguaje verbal, oral y escrito, propios de esa edad. Precisamente por ello es el recurso al estudio de material pictórico, incluso escultórico podría también ser. Esta dificultad es relativa hasta cierta edad, a partir de la cual el niño ha adquirido normalmente un vocabulario lo suficientemente amplio como para poder tener una comunicación verbal y que esta dificultad no sea tanta.

Lo que sí es una dificultad inevitable a esta edad, y en segundo lugar, es la objetiva escasez de la información de la que puedan ser depositarios los niños, con una conciencia que aunque no deformada, como hemos apuntado más arriba, sería también menos formada, y por lo tanto menos información del entorno social podrían transmitirnos.

Definiendo el arte infantil

Es un hecho que, desde muy temprana edad, los niños y niñas empiezan a dejar trazos sobre cualquier superficie, ya sea directamente con las manos o con la mediación de algún instrumento que deje huella visible.

Es así como, alrededor del año y medio de edad, empiezan a aparecer lo que conocemos como primeros garabatos infantiles. No siempre este tipo de trazos simples, de origen motor, fueron objeto de consideración por parte de los adultos, sólo a partir del siglo XIX, cuando los planteamientos y las consideraciones sociales hacia la infancia fueron cambiando, se fueron valorando de modo distinto a como había sido hasta entonces los

comportamientos y acciones infantiles. En la actualidad contamos con gran número de estudios e investigaciones que han centrado su atención principalmente en los dibujos y pinturas realizados por niños de diferentes edades y que son considerados como *arte infantil*.

La discusión y polémica sobre la consideración de estos trabajos realizados por niños como *arte infantil* surge con la publicación, en 1887, de *L'arte dei bambini* de Corrado Ricci. A partir de entonces, este tipo de producciones han sido estudiadas desde diferentes ámbitos intentando comprender las características de la infancia.

Pero, ¿qué entendemos en la actualidad por arte infantil? Sabemos que a los niños les gusta dibujar, pintar, modelar, hacer construcciones, collages...; y que lo hacen en su ámbito escolar y fuera de él, en diferentes momentos y situaciones... ¿Todo lo que producen se puede considerar *arte*? En realidad, no.

Muchas veces los niños hacen ejercicios en fichas donde tienen que seguir unas pautas, o realizan trabajos siguiendo indicaciones de profesores y personas adultas o de manuales y programas informáticos que les van guiando en la ejecución o les conducen a un resultado final pre-establecido. Este tipo de producciones *no se consideran arte infantil*.

Lo que *sí se considera arte infantil*, son las producciones espontáneas que no intentan copiar ni imitar realidades que no les son significativas y que tienen unos códigos característicos, constituyendo para ellos una forma de expresión creativa y espontánea, además de reflejar su relación con el medio a través de su percepción del mundo, representando la realidad que viven acorde con su desarrollo evolutivo.

Las investigaciones sobre el arte infantil

Independientemente de que los diferentes autores que han estudiado las producciones plásticas elaboradas por los niños, las hayan considerado como *arte*, las conclusiones de sus estudios e investigaciones nos han aportado un conocimiento de la infancia, sus características, intereses, percepciones y evolución de gran utilidad.

A raíz de la aparición y desarrollo de estudios sobre la infancia desde aspectos psicológicos y pedagógicos, surgen en Centroeuropa, a finales del siglo XIX, las primeras investigaciones y publicaciones sobre la formación estética y artística de los niños y sus

producciones en diferentes soportes y técnicas.

Estas investigaciones se enmarcaban desde el principio en dos grandes tendencias (Hernández Belver, M., 2002: 11):

1. Las que intentaban sacar conclusiones sobre la evolución de los niños y sus características desde la psicología,
2. Las que estudiaban las producciones infantiles desde una perspectiva estética y artística.

De todas formas, “el dibujo infantil ha sido, y sigue siendo, un campo de estudio claramente interdisciplinar” (Marín, R., 2003: 80). Por otra parte, siguiendo a este autor: “el dibujo y el arte infantil, ya sea considerado por su propio interés intrínseco, ya sea usándolo como un medio o instrumento para averiguar diferentes dimensiones o variables de la persona que ha realizado el dibujo, es objeto de multitud de experiencias e investigaciones” (ib.: 81). Y determina tres grandes tipos de investigaciones:

1. El dibujo como manifestación de la personalidad, la inteligencia, y, en general, de cualquier rasgo o capacidad de la persona.
2. El dibujo y el arte infantil, que intenta determinar las características típicas de los dibujos y otras producciones artísticas.
3. El aprendizaje y la enseñanza del dibujo, que intenta establecer las características del arte adulto que pueden ir aprendiendo los niños según su edad.

En definitiva, está claro que las investigaciones sobre arte infantil responden a la pretensión de dar respuestas a interrogantes formulados desde diferentes ámbitos, como podemos ver en el cuadro-resumen de la Tabla 1 (Machón, M., 2009: 30).

Por otra parte, también cabe resaltar que la mayoría de la gran cantidad de estudios realizados, están basados sólo en el análisis de producciones bidimensionales, dibujos, sobre todo, y pinturas; y son escasos los que analizan las producciones tridimensionales, que, no podemos olvidar, también forman parte de las formas de percepción, relación con el

medio y expresión de los niños.

Concepto de indicador social

Según el dRAE un *indicador* es algo que *indica o sirve para indicar*; y, a su vez, *indicar* sería, igualmente según el dRAE, *mostrar o significar algo con indicios y señales*. Podemos definir, por tanto, como indicador *una expresión numérica o verbal que nos informa de una determinada realidad*. Si esta realidad es social, llamamos a este indicador "*indicador social*". Dicho lo anterior, podríamos introducir un pequeño matiz diferenciador entre los conceptos de *indicador* e *índice*; porque, si bien, en determinados contextos, ambos términos podrían aceptarse como sinónimos, podemos decir, en términos más generales, que un *índice* sería un número que nos daría cuenta de una determinada realidad de un modo directo, mientras que el *indicador* lo haría de modo indirecto. Así, por ejemplo, el consumo de energía eléctrica, sería un indicador del grado de desarrollo de una determinada localidad o región. El IPC, por citar otro ejemplo, se llama "índice" de precios al consumo, porque nos informa, de un modo directo, del valor del costo de la vida mediante el precio de una hipotética cesta de la compra que incluye los bienes básicos que consume la población. Por lo tanto, una cosa son los datos directos que nos proporcionan las diversas técnicas de investigación social, tanto cualitativas, cuantitativas o mixtas, datos que, una vez procesados, nos proporcionarían índices; y otra los indicadores sociales, que se obtendrían de otra forma. Como indicadores se han empleado, y se emplean, las más diversas fuentes de información, incluso se ha propuesto el estudio del contenido de los cubos de basura, siendo algunos de ellos los anuncios televisivos y de la prensa, las producciones cinematográficas, la forma de las construcciones arquitectónicas, etc. El arte infantil también sería un indicador.

Concretando la investigación en base a datos visuales

Con estas premisas procederíamos a plantear una serie de preguntas de investigación con objeto de ordenarlas y priorizarlas para posteriormente idear una

estrategia y una metodología adecuadas para responderlas.

La primera y fundamental pregunta es: ¿Puede el arte infantil reflejar rasgos de la situación social en que se producen? La respuesta es inmediata en el sentido de que puede, y de hecho lo hace, como prueban los estudios de S. William Ives y Howard Gardner (1984), titulado '*Influencias culturales en los dibujos infantiles. Una perspectiva evolutiva*', y otros más recientes.

Dado esto por sentado, nos formulamos ahora tres tipos de preguntas adicionales relativas respectivamente al informante (el niño en este caso), la situación social a reflejar y el dibujo del niño en la que quedaría reflejada. Estas preguntas se concretarían en:

1. ¿A partir de qué momento, o a qué edad en el niño, podrían quedar reflejadas situaciones sociales en el arte infantil?
2. ¿Qué situaciones sociales podrían quedar reflejadas en el arte infantil?
3. ¿Qué elementos de los dibujos, o de las obras tridimensionales, reflejarían esta realidad social?

Aunque tímidamente aún, en los últimos años los dibujos infantiles, como indicador social, están empezando a ser objeto de estudio de los investigadores que, en un mundo cada vez más globalizado e interconectado, buscan relaciones entre objetos de estudio, metodologías y ámbitos disciplinares que pueden proporcionar respuestas a las preguntas formuladas.

Para responder a la primera pregunta, *¿a partir de qué momento, o a qué edad en el niño, podrían quedar reflejadas situaciones sociales en el arte infantil?*, podemos acudir al mencionado estudio, de mediados de la década de 1980, que realizaron W. Ives y H. Gardner para determinar las influencias culturales que mostraban los dibujos infantiles comparando dibujos de niños chinos y japoneses con los de niños europeos y americanos. El resultado de esta investigación fue la determinación de tres periodos en relación con la evidencia de estas influencias culturales:

1. Dominio de los patrones universales (de 1 a 5 años)
2. El florecimiento del dibujo (de 5 a 7 años)
3. Apogeo de las influencias culturales (de 7 a 12 años)

En respuesta a la segunda pregunta, *¿qué situaciones sociales podrían quedar reflejadas en el arte infantil?*, podríamos enumerar las siguientes:

1. Diferencias culturales: Occidental-Oriental, Norte-Sur, Urbano-Rural, etc.
2. Diferencias sociales: Estatus Alto-Medio-Bajo, etc.
3. Situaciones de conflicto social: Persecución, exclusión, pobreza, etc.
4. Situaciones de conflicto familiar: Maltrato, Desintegración, etc.

Este último aspecto mencionado, *situaciones de conflicto familiar*, quizá sea una cuestión más psicosociológica que sociológica, propiamente dicha, pero, en cualquier caso, lindante muy próximamente con el objeto de estudio de los sociólogos.

Por último, para responder a la tercera cuestión, *¿qué elementos de los dibujos, o de las obras tridimensionales, podrían reflejar situaciones sociales?*, hemos de idear una metodología.

Metodología propuesta

La intención de nuestra investigación es descubrir indicadores de la realidad social a partir de la información visual contenida en los dibujos infantiles.

Para ello hemos de obtener datos a partir de imágenes visuales. Este material de partida, los dibujos, pueden obtenerse *ad hoc*, para la investigación en curso, o puede recurrirse a dibujos ya existentes y buscar en los mismos elementos recurrentes. Puede pedirse al niño que realice un dibujo con total libertad sobre el asunto que primero se le ocurra; o puede pedírsele que dibuje sobre un tema concreto. La concreción paulatina sobre asuntos cada vez más específicos nos puede ir indicando con creciente exactitud cuál es la realidad social que envuelve al niño y como es plasmada esta por el mismo.

Del mismo modo que en un cuestionario, o en una entrevista dirigida, al entrevistado se le van formulando diferentes preguntas en función de las respuestas previas, del mismo modo a un informante infantil se le pueden pedir datos cada vez más concretos.

De la información obtenida de esta manera se puede ensayar la construcción de un

plano "Socio semiótico" que nos informen del significado social que adquieren

Teniendo en cuenta que, en muchas ocasiones, las separaciones de los enfoques de las investigaciones sobre arte infantil no están del todo claras y estando de acuerdo con la idea de que en bastantes ocasiones la interdisciplinariedad es una característica de las mismas, podemos considerar que algunas de ellas pueden constituir un antecedente a nuestro enfoque.

Así, aunque la mayoría de los autores de referencia en el ámbito de la educación en general, y la educación artística en particular, determinan una serie de etapas evolutivas a través de las que van evolucionando las producciones infantiles, de acuerdo con su desarrollo físico-psicológico, en algunos casos, se pone de manifiesto la influencia social y cultural en el arte infantil.

Adolfo Maíllo habla de ciertas *influencias modificadoras* en los dibujos, entre las que se encuentra el ambiente en el que vive y se desarrolla el niño (Maíllo, A., 1928). Lownfeld (1947), que es uno de los más importantes e influyentes estudiosos del arte infantil, incluso en la actualidad, reconoce la importante influencia de la cultura y la sociedad en el desarrollo artístico infantil, considerándolo como algo no deseable.

Más cercano en el tiempo a nosotros, durante la segunda mitad del siglo XX, surgen investigadores que muestran un mayor interés por las influencias culturales y sociales reflejadas en las producciones infantiles.

La metodología que se plantea, consiste en algo así como el procedimiento inverso que posteriormente seguiremos para obtener información social de los datos visuales, es decir, tomando como variables independientes los datos sociodemográficos de los individuos, constatados y explicitados en una ficha anexa (Tabla 2) al *soporte papel* (o plástico para modelar, *plastilina*, barro, etc., en el caso de objetos tridimensionales) sobre el que se ha pedido al niño que realice un dibujo (o una figura), establecemos dos grupos con los rasgos sociodemográficos más opuestos y procedemos a observar las obras de arte realizadas por ambos grupos, que ahora consideramos variables dependientes, buscando, en primer lugar, *regularidades intragrupalas*, para, a continuación, *diferencias intergrupales*.

El estudio de regularidades diversas en ambos grupos pondría de manifiesto la existencia de un elemento indicador de la diferencia. Estos elementos se ordenarían y clasificarían a continuación, para posteriormente constatar su permanencia en análisis

posteriores.

En las figuras 1 y 2, se muestran, como ejemplo, posibles variables, y valores de las mismas, como elementos a identificar en los dibujos. Así, podemos citar:

1. Posición del papel: 1. horizontal; 2. Vertical.
2. Línea base (suelo en el que se apoyan algunos objetos): 1. Aparece; 2 No aparece
3. Línea de cielo: 1. Aparece; 2 No aparece
4. Posición de las figuras: 1 En el suelo. 3. En el aire
5. Uso del color negro: 1 Es utilizado para delimitar los contornos 2. No es utilizado.
6. Uso del color de forma plana: 1 Sin salirse de los límites a colorear. 2 Saliéndose

Etc.

Por otro lado, con los datos procedentes de la ficha anexa a la obra (Tabla 2) obtenemos la información relevante que nos permite conocer el origen social y cultural de procedencia del niño.

Con esto dos conjuntos de datos, estamos en disposición de poder establecer elementos objetivos del dibujo de los niños que nos permitan asociarlos a determinados valores de las variables sociológicas en la que nos hemos fijado.

Conclusiones

Los métodos cualitativos de investigación social se han basado en las más diversas fuentes de información, las más conocidas son la entrevista en profundidad, la discusión en grupo y la observación participante; otras menos frecuentes tales como el análisis de documentos personales (diarios, cartas, etc.), novelas, películas de cine, anuncios publicitarios; y otras, más raras, tales como el mobiliario urbano, las edificaciones, etc.

Por otro lado, desde que a principios del siglo XX empezaron realizarse y publicarse los primeros estudios sobre los dibujos infantiles, o el arte infantil, más genéricamente, ha sido empleado como indicador de muchas cosas, según el ámbito en el que se

desenvuelven los diferentes investigadores, con enfoques de carácter evolutivo (Luquet o Lowenfeld), psicológico o psicopatológico (Aubin), estructural (Kellogg o Arnheim), semiótico (Matthews, Saínz), etc. El análisis del arte infantil como indicador de la realidad social es, sin embargo, un enfoque del que no se conocen estudios relevantes, únicamente puede constituir un antecedente el estudio realizado por S. William Ives y Howard Gardner (1984) titulado *Influencias culturales en los dibujos infantiles. Una perspectiva evolutiva*.

La presente comunicación refleja la investigación que se está llevando a cabo, y que ahonda en la línea de considerar el arte infantil como indicador de la realidad social. Para ello se toma como base un conjunto de dibujos realizados por niños de diferentes edades. Al encontrarse la investigación en sus fases iniciales pocos datos relevantes pueden ser ofrecidos, tan solo se ha esbozado la metodología a seguir y el diseño de la investigación. En definitiva, el tratamiento de estos datos visuales en el contexto de los métodos de investigación social, tanto cualitativos como cuantitativos.

Tablas y figuras

	Orientación	Característica	Algunos autores
1	Antropológica	Tratando de aplicar sus resultados al desarrollo filogenético humano, estudia el dibujo del niño en relación con el de los primates y los pueblos primitivos.	Sully, Kerschensteiner, K. Lamprechtt, G. H. Luquet
2	Genético-evolutiva	Sostiene que el dibujo evoluciona con la edad siguiendo unas pautas predecibles en sintonía con el desarrollo psicológico e intelectual del niño.	C. Ricci, G. Rouma, G. H. Luquet, V. Lowenfeld
3	Perceptivo-formal	Desde los postulados de la <i>Gestaltpsychologie</i> , estudia el nacimiento y el desarrollo de la forma en el dibujo del niño, y concede a la percepción visual el papel protagonista.	R. Hamheim, R. Kellog, I. Bender.
4	Neuromotora	Centra sus estudios en el desarrollo motriz de los miembros superiores del niño en relación con el grafismo, y compete, por igual, al dibujo y la escritura.	E. Wallon, I. Luçart, J. Goodnow
5	Psicométrica	Utilizando diversos test y pruebas de dibujo, trata de diagnosticar la madurez intelectual y cognitiva del niño (cociente intelectual.)	E. Claparede, F. Goodenough, Binet y Simon, Goonow, Bender, Koppitz, Proudhommeau, Fay
6	Proyectiva	El dibujo es considerado como una proyección del inconsciente del sujeto. A través del análisis, el uso de tests y pruebas de dibujo, trata de diagnosticar los trastornos de la personalidad profunda del niño.	K. Koch, H. Aubin, L. Corman, E. Kris, Boutonier, Harris, F. Minkowska, K. Machover, M. Porot.
7	Psicopatológica	A través del dibujo estudia las anomalías	M. Gensteern, S. Cott, G.

	Orientación	Característica	Algunos autores
		psíquicas como el retraso mental, los trastornos del lenguaje -sordomudez, afasia-, el mongolismo, la esquizofrenia, etc.	Roux, M. Schachter, M. A. Aureille, Thiel
8	Pedagógica	Estudia el dibujo del niño con el fin de adecuar su metodología educativa a los intereses de cada edad	Kerschensteiner, Lowenfeld, E. W. Eisner
9	Semiótica	Considera el dibujo como lenguajes e investiga sus relaciones con los lenguajes reglados	Sully, Vigotsky, Widlöcher, A. Kindler, Darras, J. Matthewus, Martínez García
10	Artística	Considera que las creaciones plásticas de los niños son manifestaciones de naturaleza artística, y califica al conjunto de esas actividades como "arte infantil"	Cizck, Ricci, Ruskin, Töpffer, Cane, D'Amico, Cole, Torres-García, A. Ferrand, Kellogg

Tabla 1. Las orientaciones de los estudios del dibujo infantil, sus características y algunos de sus autores. Fuente: Machón, M.(2009) p.30



Figura 1. Dibujo de una niña de 5 años



Figura 2. Dibujo de una niña de 6 años

FICHA IDENTIFICATIVA DE PRODUCTO ARTÍSTICO INFANTIL

NOMBRE: _____

Fecha de nacimiento del autor: ____/____/____

Fecha de realización: ____/____/____

Sexo: 1. Niño 2. Niña

Lugar de nacimiento: _____

Lugar de residencia: _____

Profesión del padre: _____

Profesión de la madre: _____

Colegio: _____

Tema de la obra: _____

Dimensiones: _____ x _____ x _____

Tabla 2. Ficha que recoge los datos sociodemográficos del autor del dibujo.

Bibliografía citada

HERNÁNDEZ VELVER, M. (2002) "Introducción: El arte y la mirada del niño. Dos siglos de arte infantil" en *Arte, individuo y sociedad*, Anejo I: pp 9-43

IVES, W, y GARDNER, H. (1984) "Cultural influences on Children's Drawings. A

- developmental perspective” en Robert W. OTT and Al HURWITZ (eds.): *Art in Education. An International Perspective* Pennsylvania State University Press. pp. 13-30.
- LOWENFELD, V. (1947). *Creative and Mental Growth*. New York. MacMillan
- MACHÓN, A. (2009). *Los dibujos de los niños*, Madrid, Cátedra.
- MARÍN VIADEL, R. (2003) “El dibujo infantil: imágenes, relatos y descubrimientos simbólicos” en MARÍN VIADEL, R. (Coord.), *Didáctica de la educación artística para primaria*, Madrid, Pearson educación: pp.53-106
- RICCI, C. (1887); *L'arte dei bambini*, N. Zanichelli.

UNA APROXIMACIÓN AL ANÁLISIS SOCIOLÓGICO DEL DISCURSO, UNA APUESTA POR LA RAZÓN PRÁCTICA

Santiago Ruiz Chasco
Universidad Complutense de Madrid

Palabras clave: discurso, sociohermenéutica, sentido práctico, sujeto.

Introducción

En este texto nos proponemos hacer un repaso de algunas vías de trabajo en torno al “análisis del discurso”, destacando sus ventajas e inconvenientes más reseñables para el curso de la investigación, posicionándonos en la vía sociohermenéutica de acercamiento a la realidad social. Frente a *estrategias* que ignoran al sujeto, o lo identifican con “meros receptores (acríticos) del discurso”, que dibujan una “estructura” causante de todo hecho social sin réplica, o que *la disuelven* hasta hacerla desaparecer, apostamos por un camino de investigación que apunta a la importancia fundamental de analizar las *condiciones sociohistóricas de recepción y reproducción de los discursos*.

Poner sobre la mesa distintas vías de acercamiento a la realidad de los discursos, desde una perspectiva crítica, nos permitirá identificar las limitaciones postestructuralistas del “todo es lenguaje” (pansemiologismo), o reducir los discursos a “reflejos exactos” de la estructura social (materialismo vulgar) (Alonso, 2003). Por lo tanto, y siguiendo a la Escuela de Análisis Sociológico del Discurso, no podemos reducir los textos a “entes autónomos”, portadores de “todo el significado”, sino referirlos (necesariamente) a los conflictos y procesos sociales históricos que generan las condiciones de posibilidad de los discursos. Reconociendo la imposibilidad de comprender y explicar los textos por sí mismos, sino únicamente refiriéndolos a su contexto concreto de producción e interpretación introduciremos la historia, el contexto y el sujeto como elementos indispensables del análisis sociológico.

1. ¿Qué es un discurso?

A lo largo y ancho de nuestras sociedades podemos identificar diferentes discursos en los más variados escenarios o contextos. Oímos hablar de discurso “político”, de discurso “médico”, de discurso “científico”, etc., sin embargo, definir un discurso no es una tarea sencilla. Podemos encontrar en las lecturas sobre este tema, multitud de definiciones de lo que se quiere decir, expresar o identificar con el concepto “discurso”. La Real Academia Española (RAE) tiene nada más y nada menos que doce acepciones diferentes de “discurso”, entre ellas, destacamos para el fin de esta comunicación las siguientes:

- Facultad racional con que se infieren unas cosas de otras, sacándolas por consecuencia de sus principios o conociéndolas por indicios y señales.
- Uso de la razón
- Serie de las palabras y frases empleadas para manifestar lo que se piensa o siente.
- Razonamiento o exposición sobre algún tema que se lee o pronuncia en público.
- Doctrina, ideología, tesis o punto de vista.

Las dos primeras definiciones hacen referencia explícita a la *razón* como característica básica de todo discurso. Es decir, la locura no tiene lugar en el campo discursivo, un “loco” nunca pueda elaborar un discurso, ya que *“su palabra es considerada nula y sin valor”* (Foucault, 2011; 16). Se necesita pues, a la razón, como instrumento para elaborar un discurso de forma “racional” que relacione elementos, principios, señales, etc. La tercera definición indica características más expresivas, al descomponer la unidad del “discurso” en “palabras y frases” cuyo fin es expresar ciertos sentimientos o pensamientos. Sin embargo, el discurso suele ser concebido como “algo más” que una serie encadenada de palabras que forman frases. La cuarta y quinta definición hace referencia a la “unidad” del discurso, como una construcción (razonada) sobre algún aspecto de la realidad. Hasta tal punto, que

se llega a identificar el discurso con la ideología o con una doctrina, como una unidad más o menos coherente de significado, o un punto de vista, se entiende, formado por la razón. Además, la cuarta acepción se refiere de forma explícita al hecho de que el discurso no forma parte del ámbito privado, sino que es necesariamente una expresión *pública*. Por lo tanto, la razón frente a la locura; la unidad frente a lo fragmentario; lo público frente a lo privado. Sin embargo hay una dimensión fundamental de los discursos que no está recogida en ninguna de estas acepciones de forma clara y que debe ser primordial para el análisis del discurso: el discurso tiene siempre un elemento *simbólico*. Esto, como veremos, no quiere decir que no tengo relación con la materialidad social, más bien todo lo contrario.

Un discurso se puede definir como una “línea de enunciación simbólica”. Los discursos están compuestos de multitud de signos, y éstos no son simplemente referencias unívocas a determinadas “cosas”, sino que son fundamentalmente polisémicos, tienen muchas posibles asociaciones con la realidad social material. En este sentido, es necesario considerar que los discursos no tienen una única interpretación, pero tampoco tienen posibilidades infinitas de lectura, es decir, hay límites. No todos los discursos tienen un único significado, por lo tanto están abiertos a nuevas lecturas que siempre tendrán que referirlos a su contexto social, por ser el medio en el cual se forman, desarrollan y reproducen. Sin embargo, al introducir el contexto social en la explicación, la definición que encabeza este párrafo pide ser completada con un “algo más”, que no es otra cosa que el reconocimiento de la existencia de diferentes y jerarquizadas posiciones de los sujetos dentro de nuestro mundo social. Es decir, los discursos no se emiten nunca desde el vacío, sino desde determinadas posiciones sociales que condicionan tanto su forma como su contenido. Entonces deberíamos completar nuestra definición provisional de discurso, para hacerla operativa en el análisis sociológico, afirmando que un discurso es una “línea de enunciación simbólica realizada desde *posiciones sociales específicas*”. De este modo, bajamos de “los cielos” el discurso, para situarlo en un terreno más social, con el fin de vincular las construcciones simbólicas con el espacio social considerado, para situar esa “facultad racional” o “serie de palabras y frases” en un contexto social concreto.

2. ¿Por qué estudiar el discurso?

La importancia que ha ido adquiriendo el estudio del lenguaje como un dispositivo de *producción social* más, ha sido uno de los cambios teórico-empíricos más destacables en el

mundo académico en las últimas décadas. Es lo que se ha venido llamando el *giro lingüístico*. El reconocimiento de la capacidad social y política del lenguaje, de su impacto en la formación y reproducción de sentidos sociales, actitudes, comportamientos, ideologías, identidades, etc., permitió abrir una línea de análisis cuyo objetivo es la profundización en el conocimiento de dichas dimensiones y la forma en que lo usamos, producimos, modificamos...para diferentes fines y en varias dimensiones de la realidad. El poder del lenguaje en la producción y reproducción de discursos *portadores* de las visiones más legítimas del mundo social, no hace sino indicar la posición privilegiada del lenguaje en cuanto al orden social. La importancia histórica del *giro lingüístico*, no obstante, no está delimitada a una simple recuperación del lenguaje para el análisis, sino que fue más allá para apuntar nuevas concepciones del mundo, y sobre todo, del trabajo de los científicos sociales.

“El lenguaje es la condición misma de nuestro pensamiento, a la vez que un medio para representar la realidad. El giro lingüístico sustituye, por lo tanto, la relación ideas/mundo, y afirma que para entender tanto la estructura de nuestro pensamiento, como el conocimiento que tenemos del mundo, es preferible mirar hacia la estructura lógica de nuestros discursos en lugar de escudriñar las interioridades de nuestra mente”. (Iñiguez, 2006)

Los discursos producen *efectos de verdad* (Ibañez, 1985) a través de los cuales se va configurando cierto orden de las cosas, una determinada visión de la realidad social que tiene unas consecuencias *muy materiales*. Discursos sobre el trabajo, la familia, la juventud o la justicia...van *produciendo* cierta realidad social concreta y determinada en términos históricos. De esta forma se va construyendo cierta configuración de *la realidad*, cuyo estatus de veracidad se corresponde con el estado de las relaciones de poder, y concretamente, con los discursos de los grupos sociales dominantes en cada campo, con las posiciones discursivas hegemónicas en el sentido *gramsciano* de la palabra. Un sentido común hegemónico que define una forma concreta de relación social, de reparto de poder y riqueza, de estatus del trabajo, del significado de “seguridad”, bajo unas premisas concretas, y que normalmente no se identifica con una serie de posiciones sociales y políticas concretas y bien definidas, sino con el estatus de “lo normal”. *“Los esquemas clasificatorios socialmente constituidos por medio de los cuales construimos activamente la sociedad tienden a representar las estructuras de las que surgen como naturales y necesarias, y no como la decantación históricamente contingente de un determinado balance de poder entre*

clases, grupos “étnicos” o géneros”. (Bourdieu y Wacquant, 2005; p.38). El poder de definir qué es “normal”, y qué es “desviado”, qué comportamientos se definen como *ilegales*, y cuáles no; el poder de clasificar y etiquetar a los diferentes grupos sociales dependiendo de su posición y capital. En definitiva, la capacidad de realizar definiciones de prácticas, grupos, conflictos, instituciones...con estatus de verdad, es decir, legítimas y reconocidas socialmente. *“Las clases y otros colectivos sociales antagónicos están continuamente comprometidos en una lucha por imponer la definición de mundo que resulta más congruente con sus intereses particulares”*. (Bourdieu y Wacquant, 2005; p.39)

Los esquemas clasificatorios, socialmente constituidos, van “construyendo la sociedad”, un cierto modelo de sociedad, de orden. Por lo tanto, son pieza imprescindible para el análisis sociológico, pues abre la dimensión de la construcción de subjetividades. *Si tenemos en cuenta que el mundo social es, en buena medida, un espacio de sentidos compartidos, parece clara la importancia que tienen las prácticas discursivas para el conocimiento y la comprensión de la realidad social* (Ruiz, 2009).

3. Algunas aproximaciones al análisis del discurso. De Barthes a Foucault.

El campo del análisis del discurso originalmente estuvo en manos de la lingüística estructural de inspiración saussureana, sin embargo, su extensión a otras disciplinas como la antropología, la sociología, o la filosofía han traído una gran cantidad de trabajos que han ido enriqueciendo el campo, pero al mismo tiempo ha contribuido a su confusión teórico-metodológica. Esto ha llevado a una variedad de prácticas de análisis y de conceptos teóricos bastante importante, aunque se podría ubicar en la década de los sesenta, en Francia, una conjunción de estructuralismo, marxismo y psicoanálisis cuyos trabajos tendrían una naturaleza de análisis del discurso. Algunos referentes fundamentales de esta escuela estructuralista son el filósofo Louis Althusser, el antropólogo Levi-Strauss, o el psicoanalista Jacques Lacan. . La concepción de *estructura* como un “todo” organizador de sus partes interdependientes pero insignificantes para la comprensión de las leyes que mueven los ejes o vectores de dicha estructura, es un denominador común.

En la esfera de un emergente análisis del discurso, estos primeros análisis estuvieron dominados, básicamente, por semiólogos estructuralistas cuyo fin era el descubrimiento de los principios que subyacen en las configuraciones discursivas. Roland Barthes es el mejor exponente de esta corriente, aunque también es considerada una figura “puente” entre el

estructuralismo y el post-estructuralismo (Alonso, 2003). Aunque sus trabajos parten de las herramientas ofrecidas por la lingüística, este autor ofrece indicios sobre los que se podrían desarrollar análisis de naturaleza más sociológica. Lo verdaderamente importante para este autor era diseccionar el discurso con el fin de aprehender los diferentes componentes que lo estructuraban, unos elementos que siempre estaban jerarquizados unos respecto a otros. En *Introducción al análisis estructural de relatos* (1966) ofrece herramientas analíticas para realizar un análisis estructural. Lleva a cabo una caracterización de los diferentes niveles que tiene un relato, considerándolo como un sistema en sí mismo compuesto de diferentes partes integrantes interdependientes y funcionales. Por ejemplo, el papel de los personajes no importa tanto por las características personales o sociales del actor en sí, sino que se analiza como un elemento dentro de una estructura, sin la cual no tiene ningún sentido hablar de éste. Lo que es significativo para el análisis estructural del discurso es definir las relaciones entre las partes, y las relaciones de las partes con la estructura fundante, es decir, la relación de los elementos secundarios con la estructura primaria.

El análisis estructural, muy cuidadoso de no definir al personaje en términos de esencia psicológica, se ha esforzado hasta hoy, a través de diversas hipótesis...en definir al personaje no como un «ser», sino como un «participante». (Barthes, 1977)

Desde Levi-Strauss, la corriente estructuralista siempre ha prestado especial atención a los componentes lingüísticos de la realidad social, trasladando las herramientas de la lingüística estructural al análisis de los relatos, o las estructuras de parentesco, entre otras cosas. Esta corriente es reflejo de un total rechazo a las tesis positivistas y el individualismo metodológico, ya que trata de descubrir los principios generadores universales que dan forma a nuestros comportamientos (a nuestros textos). La búsqueda de un código universal que configura las diferentes partes de la estructura, estando el significado de cualquier elemento definido en oposición a otro elemento de la estructura. Por lo tanto, el análisis estructural de textos, de relatos, lo que busca es reducir toda la complejidad de éstos a sus elementos más simples (lexemas, semantemas...) a través de los cuales puede generar una explicación de los mismos, normalmente a través de relaciones dialécticas entre ellos. Buscar los elementos mínimos de sentido que componen cada relato o discurso.

Al reducir cualquier fenómeno social a un sistema de signos elementales y estructurados, esta corriente de análisis del discurso reduce todo a un texto, a través del cual, y desde una óptica interna, es capaz de sacar elementos constitutivos y universales de los discursos. El

análisis estructural de las enunciaciones, por lo tanto, busca elementos invariantes entre los discursos, determinados patrones de los que son producto, unos “moldes” que dan forma a una variada gama de discursos. Conociendo pues, las estructuras básicas de los discursos, podremos analizar cualquiera, identificando desde qué patrón concreto se ha producido. Este tipo de análisis es muy útil para estudiar determinados modelos o formas básicas de composición, como por ejemplo la estructura de una película de Hollywood, de los cuentos populares, o de la publicidad.

Pero al hablar de códigos, estructuras y reglas de composición, de los discursos, se deja fuera de todo análisis al sujeto. Althusser, eminente estructuralista, ya decía que “la historia es un proceso sin sujetos”. Es fundamental reconocer la importancia innegable de las estructuras en la composición, desde el propio lenguaje, hasta los tipos de discursos. No obstante, de esta forma lo que se hace es reducir el texto a los vectores que lo estructuran, concibiendo el propio discurso como si fuera una entidad autónoma cuya clave interpretativa está en su organización interna. La autorreferencialidad, como si la explicación de la formación discursiva estuviera en el interior de la estructura del discurso, sin atender a factores extra-discursivos, es bastante problemática para un análisis desde la sociología. Al reducir la sociedad a un conjunto de estructuras lingüísticas o simbólicas con vida propia fuera de toda injerencia social, sin tener en cuenta ningún tipo de proceso socioeconómico o político, acaba por hacer desaparecer del análisis todas las consecuencias materiales que producen los discursos. En este sentido, es interesante ver el planteamiento de los análisis del discurso de orientación post-estructuralista, como un intento de superar las limitaciones epistemológicas y prácticas del estructuralismo.

Una de las premisas básicas del estructuralismo es que el código del discurso ha de ser estable, es decir, debe ser fijo y no cambiante, pues de lo contrario no tendría mucho sentido buscar patrones o estructuras cuyos elementos cambian constantemente, haciendo imposible cualquier lectura desde esa instancia primaria. El pos-estructuralismo parte de la negación de esa estabilidad del código, es decir, los significados no están fijados en ninguna parte. Las clasificaciones estáticas no tienen sentido en un mundo donde sus elementos no son estables ni duraderos. Dos de los referentes básicos de esta corriente, y de los que “beberá” buena parte de los analistas post-estructuralistas, son, por un lado, Michel Foucault, y por otro, Jacques Derrida. Mientras que los modelos de análisis basados en la *intertextualidad* y el *constructivismo* se basan en algunos de los trabajo de Foucault, el

modelo *deconstruccionista* se apoya en la figura de Derrida (Alonso, 2003). De forma muy breve, es necesario apuntar cómo los deconstruccionistas postulan la imposibilidad de interpretar definitivamente un texto, ya que siempre son posibles otras lecturas. De-construir, más que interpretar, supone una búsqueda original o nueva de significados a los textos, ya que ningún sentido está nunca cerrado. Para Derrida, no había nada que interpretar fuera del texto, todo está incluido en él. Mientras tanto, los intertextualistas y los constructivistas, nos argumenta Alonso (2003), haciendo un uso indebido de los trabajos, siempre más profundos y potentes, de Foucault, acaban por reducir todo el mundo social al lenguaje, a textos, “a lo que la gente dice del mundo”. Hacer coincidir el lenguaje con la realidad, u otorgarle una capacidad generadora por encima de los procesos históricos de configuración de “lo social”, deja sin anclaje concreto a un posible análisis sociológico.

La propuesta de Foucault para el análisis del discurso se basa, esencialmente, en objetivar las condiciones históricas y sociales que permiten el desarrollo de un discurso. Qué condiciones de posibilidad existen para que un determinado discurso sea legitimado y reproducido. “a partir del discurso mismo, de su aparición y de su regularidad, ir hacia las condiciones externas de posibilidad” (Foucault, 2010; 53). Este autor se centra más en las diversas formas de cómo se ejerce el poder a través de los discursos (locura, sexualidad, penalidad...), ya que parte de la hipótesis de que *“en toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar sus poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad”*. (Foucault, 2010; 14). Mediante el estudio de las diferentes “voluntades de verdad” que han recorrido el pensamiento occidental en los últimos siglos, advierte cómo los discursos, mediante dispositivos institucionales diversos, están atravesados por relaciones de dominación, es decir, hay un *orden discursivo*. De este modo, podemos encontrar un cierto *orden científico, orden médico, orden literario...* estando cada uno de ellos atravesado por procedimientos internos de control, específicos de cada disciplina. En este sentido, Foucault define la disciplina como una *“policía discursiva [...] un principio de control de la producción de discurso”* (Foucault, 2010; 38) que fija los límites de las proposiciones que pueden estar en la verdad.

Foucault argumenta que el discurso no es un mero “transmisor”, sino que su producción está complejamente regulada según unos ciertos intereses, y que su objeto no es el simple

mensaje del autor, sino que todo el proceso discursivo está lleno de formas concretas de las relaciones saber-poder. Es fundamental la aportación de Foucault para el análisis del discurso de orientación post-estructuralista, y toda la serie de trabajos que han venido detrás, pues objetiva la forma en que ciertos discursos son sostenidos y reproducidos institucionalmente. Sin embargo, una de las críticas más comunes a la corriente post-estructuralista de análisis del discurso es que, si bien una de las principales aportaciones de las que bebió fue la recuperación del sujeto como elemento clave del análisis, un sujeto activo y social protagonista de su historia (Bajtin, 1986), esta corriente de pensamiento acabó por disolverlo, al otorgarle todo el poder explicativo al *texto*. Algunos autores hablan de *inversión nihilista* (Ruiz, 2009) del estructuralismo, al hacer desaparecer la propia estructura social del análisis del discurso. Es lo que se ha venido llamando, el poder de la *razón textual* (Alonso, 2003), es decir, la superioridad explicativa de carácter textual sobre las condiciones sociales e históricas, sobre las prácticas cotidianas. Los discursos, a pesar de la importancia analítica de las construcciones y recursos simbólicos, no son únicamente “palabras” ordenadas de una determinada forma. Los discursos nos remiten a la realidad social material, a contextos históricos particulares, a instituciones sociales concretas, en definitiva, no sólo nos importa, como sociólogos, lo que los discursos dicen, sino sobre todo, lo que hacen. En definitiva, nos interesa ver cómo *los discursos son prácticas de los sujetos en situaciones sociales*. (Martín Criado, 1998). Las *razones prácticas* nos ayudan a limitar esa sobredimensión que se le suele otorgar a la autonomía de los textos, rechazando doblemente tanto el “todo es lenguaje” (pansemiologismo), como la práctica recurrente de reducir los discursos a “reflejos exactos” de la estructura social (materialismo vulgar). Las prácticas sociales tienen dimensiones de análisis que están fuera de los textos, los hechos sociales no son únicamente discursivos, sino que también tienen una dimensión (muy) material, como el propio Foucault nos ha enseñado.

4. Análisis sociológico del discurso, una apuesta por las razones prácticas.

Cuando hablamos de análisis sociológico del discurso no hacemos referencia a un método único, una única forma de llevar a cabo el análisis, sino más bien de un campo de investigación dentro de la sociología cuyas herramientas, como hemos visto, provienen de otras disciplinas. Existen muchas formas de análisis dentro de este campo, así como diferentes estilos. Más que a definir las distintas formas de acercamiento, vamos a ver qué

diferencia al análisis sociológico del discurso de otros análisis del discurso llevados a cabo por otras disciplinas, y qué supone respecto a las limitaciones del análisis del discurso post-estructuralista que acabamos de resumir. Para este propósito nos ubicaremos en una vía de análisis sociohermenéutico, como el lugar del análisis del discurso en la Sociología, que supere los otros niveles de análisis (el análisis de contenido y el análisis estructural).

“Si el análisis de contenido cuantitativo nos llevaba a la referencia, y el análisis lingüístico de los textos a la significación, la interpretación social de los discursos nos remite necesariamente al sentido.” (Alonso, 2003; p.209)

Frente a análisis del discurso cuyo objeto es la propia composición interna de los discursos, sus frecuencias, clasificaciones, orden, etc., el análisis sociológico del discurso estudia las propias interacciones y conflictos entre los grupos sociales que están cristalizados en discursos, y en los textos que recogemos en nuestros trabajos. Pero más que el texto, nos interesan los discursos, es decir, el texto nos enseña la materialización discursiva, pero no nos puede dar la explicación de la *configuración* discursiva. Y esto es, básicamente, porque todo discurso social es *más* que el propio texto. El objetivo será, por tanto, buscar en los textos los discursos que remitan a configuraciones simbólicas que representan las diferentes posiciones sociales. Situando el discurso del texto en la práctica social, en las posiciones y relaciones de poder, en un contexto concreto donde los sujetos juegan estratégicamente con sus recursos simbólicos, no buscamos tanto descubrir la estructura subyacente del texto, sino remitir su producción a las propias características sociales.

A diferencia de la etnometodología o la fenomenología, el análisis sociológico del discurso, desde una perspectiva sociohermenéutica, no se queda en la microsituación comunicativa, sino que aspira a conectar los diferentes discursos y prácticas con los espacios sociales y las relaciones conflictivas que en ellos dominan. Nos lleva a los *efectos* del lenguaje, no a tanto a las “estructuras” como a los “argumentos”, es decir, a estudiar cómo los sujetos definen la situación (social). En este sentido, todo análisis sociohermenéutico es *dialógico* (Bajtin, 1986), ya que todo discurso está siempre en relación con alguien y con algo, todo argumento se produce frente a otro(s) argumento(s). Es por ello, que se hace fundamental para un análisis sociológico del discurso estudiar el contexto de referencia (el *campo*) donde se articulan los poderes (económico, político, simbólico...) *concretos* de los sujetos *concretos* (Alonso, 2003). Al re-situar los textos en sus contextos de producción, se pretende enlazar las categorías sociales de pensamiento y acción con las condiciones sociales de

existencia de los diferentes grupos. Dejar de trabajar con el texto como un producto acabado objetivo final de la investigación, para usarlo como el medio a través del cual podemos llegar a conocer el sentido social que los sujetos dan a sus acciones, introduciendo la historia y la *producción subjetiva de la objetividad*, es una propuesta básica del análisis sociológico del discurso. La dimensión pragmática del lenguaje, del discurso, en la propia producción de *lo social*, será el lugar hacia el que se dirigirán, de forma preferente, los *sociólogos de lo concreto* (Alonso, 2003). Por lo tanto, al introducir el análisis histórico y la consideración del sujeto en la construcción de la realidad social, se pretende superar los niveles de análisis más textualistas, delimitando una forma de analizar los discursos con bases “más sociológicas”.

A pesar de la existencia de algunas visiones más funcionalistas que consideran al sujeto como un “ente” integrado culturalmente que se mueve en un espacio sin conflicto ni historia, lo cierto es que todos los sujetos sociales estamos insertos en una determinada configuración histórica atravesada por luchas de poder en múltiples dimensiones. Las representaciones sociales, como un elemento fundamental de toda cultura, también están atravesadas por estos conflictos de poder en base a la definición de sus contenidos. Las visiones legítimas de la sociedad no se producen y llegan a ser dominantes de una forma *natural*, sino inscrita en un proceso histórico que la ha ido formando, por grupos sociales que han tenido que imponerla como tal. Los diferentes grupos hacen un uso estratégico de los discursos según la situación social, es decir, manejamos de forma estratégica los esquemas simbólicos con los que legitimamos nuestras prácticas. Por tanto, más que concebir a la cultura como una totalidad integrada y homogénea, habría que reconocer la inestabilidad de dicha configuración, que además de ser heterogénea, está atravesada por intensas relaciones de poder. El análisis sociológico del discurso deberá estudiar las categorías y los esquemas simbólicos con los que definimos nuestras diferentes prácticas sociales, nuestras instituciones, a través de las que nos definimos como sujetos sociales (Martín Criado, 2010), pero siempre desde la premisa del reconocimiento de las limitaciones estructurales del contexto concreto. Ya que *los esquemas de percepción y apreciación que están en la raíz de nuestra construcción del mundo social son producidos por una labor histórica colectiva pero sobre la base de las estructuras mismas de ese mundo: como estructuras estructuradas, históricamente construidas, nuestras categorías de pensamiento contribuyen a producir el mundo, pero sólo dentro de los límites de su correspondencia con estructuras pre-*

existentes. (Bourdieu, 1984, p.487)

El análisis sociohermenéutico es, básicamente, un análisis pragmático del texto, y de la situación social en la que está inserto. Situación histórica de la que ha emergido un determinado discurso (y no otros). Es decir, antes que buscar leyes inmanentes en los textos, y antes de seguir “contando palabras”, apostamos por el análisis crítico de las condiciones sociohistóricas de posibilidad de los discursos. Las condiciones materiales y simbólicas que permiten cierto desarrollo de una configuración discursiva como estrategia de grupos sociales para desenvolverse en sociedad, para defender sus intereses y prácticas. Cuando analizamos los discursos estamos construyendo una serie de categorías de análisis en base al texto-objeto de nuestro trabajo, a través de las cuales interpretamos la realidad social que contienen esos discursos. Esta propuesta parte de un *constructivismo crítico* con las pretensiones de “descripción objetiva de la realidad social” de un *objetivismo positivista* que no se cuestiona la formación de sus categorías, pero también crítico con las consideraciones posmodernas insertas en los análisis sociales que disuelven toda materialidad social, como si el mundo se re-inventara todos los días. La apuesta por un análisis concreto en base a situaciones sociales concretas busca interpretar los enunciados, recreando un código simbólico empleado en las prácticas concretas que los sujetos llevan a cabo diariamente. Interpretar no es adjudicar cualquier significado a un discurso, o descomponerlo hasta encontrarse en “la nada” al desvincularlo de su contexto de producción, sino que remite necesariamente a las categorías y estrategias simbólicas de los diferentes grupos sociales en su *conflictiva* vida cotidiana.

En definitiva, el análisis sociológico del discurso se ha ido configurando últimamente como una herramienta válida para analizar los discursos sociales, así como para investigar la forma en que opera el *poder simbólico* en la sociedad. Un poder que lo es “*en la medida de su aceptación, de conseguir el reconocimiento; es decir, un poder (económico, político, cultural u otro) que tiene el poder de ignorarse en su calidad de poder, de violencia y arbitrariedad. La eficacia propia de este poder se ejerce no en el orden de la fuerza física sino en el orden del sentido de conocimiento.*” (Bourdieu, 1982). Nos ha enseñado como los discursos sociales siempre están hechos en relación a otros discursos sociales. Que no es otra cosa que la *intertextualidad* de la que nos hablaba Bajtin (1986), y que nos sitúa ante la disyuntiva, como investigadores del discurso en sociedad, de que “*O bien se habla del lenguaje como si no tuviera otra función que comunicar, o bien se investiga en las palabras*

el principio de poder que se ejerce, en algunos casos, a través de ellas.” (Bourdieu, 1982). Es decir, estudiar cómo se relacionan los discursos sociales a través de relaciones poder simbólico referidas siempre a contextos concretos de acción. Y es que, después de este breve (e inevitablemente reducido) recorrido a través de algunos planteamientos en torno al análisis del discurso, una de las conclusiones más básicas que pudiéramos sacar de todos ellos, demostrado por la importancia dada al análisis del lenguaje tras el denominado “*giro lingüístico*”, es la poca neutralidad que tienen las palabras que usamos.

“Si el trabajo político es, en lo esencial, un trabajo sobre las palabras, es que las palabras contribuyen a formar el mundo social [...] Colocar una palabra por otra es cambiar la visión del mundo social, y por lo tanto, contribuir a transformarlo.” (Bourdieu, 1982)

Podríamos apuntar, por último, que los aspectos fundamentales del análisis sociológico del discurso se refieren una serie de preguntas básicas que se le hacen al discurso o al texto en cuestión (Conde, 2009). Cada una de ellas se refiere a una dimensión de éste que ha de ser reconstruida en base al contexto de producción, a la situación social que enmarca su enunciación. Es un buen comienzo pues, preguntarle al discurso...

- *¿Qué se quiere decir?* Dimensión *narrativa* del discurso.
- *¿Quién habla?* (sujeto e historia) y, sobre todo, *¿Desde dónde habla?* (posiciones sociales y poder) *Posiciones y condiciones discursivas* en el campo social concreto.
- *De qué se habla, y cómo se organiza.* Cuáles son los *espacios semánticos* y sus límites *contextuales*.
- *Por qué y Para qué habla.* Dimensión *pragmática* del lenguaje.

Bibliografía

ALONSO, L.E. (2003). *La mirada cualitativa en sociología*. Madrid. Fundamentos.

BAJTIN, M. (1986). *Problemas de la poética de Dostoievski*. México. Fondo de Cultura Económica.

BOURDIEU, P. (1982). *Entrevista de Didier Éribon a Pierre Bourdieu con motivo de la publicación de “Ce que veut dire parler”*. En la Red:

<http://sociologiac.net/2008/01/17/entrevista-pierre-bourdieu-que-significa-hablar/>

(08/09/2013)

- (1984). *La distinción. Critique sociales du jugement*. París. Ed. de Minuit.
- (1985). ¿Qué significa hablar?
- (2007). *El sentido práctico*. Madrid. Siglo XXI.
- y WACQUANT, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Argentina. Siglo XXI.
- CONDE G.A, F. (2009). *Análisis sociológico del sistema de discursos*. Centro de Investigaciones Sociológicas-Cuadernos Metodológicos nº43.
- FOUCAULT, M. (2010). *El orden del discurso*. Barcelona. Tusquets editores.
- IBAÑEZ, J. (1985). *Análisis sociológico de textos y discursos*. Madrid. Revista Internacional de Sociología nº43, p.119.
- IÑIGUEZ, L. (2006). *Análisis del discurso, manual para las ciencias sociales*. Barcelona. Editorial UOC.
- MARTÍN CRIADO, E. (1998). *Los decires y los haceres*. Papers nº56, p.57-71.
- (2010). *Mentiras, Inconsistencias y ambivalencias: teoría de la acción y análisis del discurso*. Texto inédito sacado de la web del seminario de “análisis de discurso en ciencias sociales” celebrado en la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla el 15 de marzo de 2013. Link al artículo de Martin Criado:
<https://docs.google.com/file/d/0B8rUKI0kcT6OM1pyVkJkM29vYnM/edit?pli=1>
- RUIZ, J. (2009). *El análisis sociológico del discurso: métodos y lógicas*. Revista FQS(Forum: Qualitative Social Research) volumen 10, nº 2, art. 26.

MODELOS DE ANÁLISIS DE SOCIOLOGÍA DE LA MEDICINA Y SU APLICACIÓN A UN ESTUDIO DE CASOS SOBRE LA MEDICALIZACIÓN DE LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS (MAC)

José Luis Fernández Martínez.

Universidad de Granada y Universidad Complutense de Madrid.

Introducción

Asistimos a la proliferación de itinerarios “terapéuticos” alternativos (Coulter, 2004). Obviamente cada itinerario responde a razones ideológicas y estructurales diferentes. Por ejemplo, un movimiento social que reivindique con orgullo una supuesta patología como muestra de diversidad, guarda relación con teorías emancipadoras y activistas. En los casos de parto voluntario en el hogar y de preferencias por las medicinas alternativas y complementarias (MAC), los factores humanización y antihospitalización parecen tener gran importancia. Pero, ¿cabe desdeñar otras explicaciones como la individualización y mercantilización de los procesos sanitarios o la búsqueda de un mundo interior, espiritual y delicado? En últimos años, las MAC están siendo incorporadas por algunos profesionales a la “ortodoxia” médica (Eastwood, 2000; Mizrahi, 2005), por ejemplo, la legislación española contempla la unidad asistencial U.101- de terapias no convencionales, integrada en sistemas sanitarios autonómicos.

Objetivo y metodología

El objetivo de la investigación es comprender una nueva tendencia, la medicalización por parte de la medicina oficial de las medicinas alternativas que surgieron en sus márgenes y, en gran medida, contra ella.

Para ellos se elaboró un mapa con los principales modelos de análisis de la sociología de la medicina, redefiniéndolos en: artístico-humanista; biotecnocrático; estructural-funcionalista; genealógico; interaccionista-etnometodológico; antimedicina; neomarxista; y culturalista. Siguiendo la estrategia de investigación descrita por Xavier Coller (2005) en su libro *Estudios de casos*, este mapa permitió establecer dimensiones y ámbitos de observación que resultaron especialmente útiles a la hora de abordar nuestro estudio de casos, concretamente un curso de MAC impartido durante un mes en un hospital público de

Madrid, al que el investigador asistió como observador participante.

Tras obtener consentimiento informado firmado, se grabaron más de 45 horas de material conversacional espontáneo producido mayoritariamente por personal sanitario (médicos, enfermeros, auxiliares, psicólogos, psiquiatras, farmacéuticos, de ambos sexos), que práctica, promociona y se interesa por las MAC. El material fue analizado siguiendo los principios fundamentales de la *Grounded Theory* (Abela, 2007) usando el *software Atlas-ti*.

Los resultados tomaron forma de relato etnográfico, configurado alrededor de los ocho apartados correspondientes a los ocho modelos de análisis. Cada uno de ellos comienza con las voces de los participantes en el curso ejemplificando dichos modelos, seguidas por el desarrollo y aplicación de cada modelo a nuestro estudio de casos.

Resultados

El modelo de análisis artístico-humanista.

- Apiterapeuta: *“Cuando empecé la carrera de medicina vi que aquello no era lo que yo pensaba, estuve a punto de dejarlo [...] Y comencé a aprender otras terapias”* (fin).

- Antigua médica pública y actual médica antroposófica: *“He hecho muchos años euritmia, pintura [...] empecé a hacer terapias artísticas durante mucho tiempo, veía los cambios que yo sufría y lo bien que estaba”* (fin).

- Farmacéutica y aromaterapeuta: *“Le debemos el inicio de la homeopatía a Hahnemann. Una mente prodigiosa, un hombre privilegiado. Con 23 años se hizo médico, dos años después químico [...] Dominaba el alemán, francés, inglés y otras cinco lenguas antiguas, el latín, el griego, el hebreo, el sirio y el arameo... Para ganarse la vida traducía textos* (fin).

El modelo artístico-humanista engloba la visión del personal sanitario que declara haber ingresado en la facultad de medicina por una vocación basada en el trato humano y cercano hacia los pacientes. Éstos no se oponen a los avances del método científico, pero sí critican los tiempos acelerados y la deshumanización de la práctica médica. Su visión del rol del médico se aproxima a la del terapeuta y a la del médico renacentista, sintiendo fascinación por el mundo del arte, la cultura y diferentes tradiciones filosóficas.

Figuras como Laín Entralgo y L. J. Henderson vieron en el desarrollismo y en la implantación de la avanzada tecnología en los hospitales, el inicio de la deshumanización de la práctica médica moderna. Henderson (1935) en *Physician and patient as a social system*,

afirma que las interacciones de los sentimientos son un fenómeno a tener en cuenta en el sistema social compuesto por el médico y el paciente, conectando de esta forma con la práctica psicoanalítica (Henderson, 1935, 821).

El pensamiento de Laín Entralgo, según sociólogos de la medicina, se caracteriza por su proximidad al personalismo cristiano; la identificación de una estructura invariable en la relación médico-paciente; la consideración de la comunicación no verbal en la práctica médica; la crítica al abuso de la mentalidad mágica y técnica en la práctica médica (Álvarez-Uría, 2009). Esta interacción entre el médico y el mundo de la cultura y el arte se ve claramente reflejada a través de la pintura (Giménez, 1999). El rol ejercido por los médicos en su relación con los pintores ha tomado diferentes formas: de mecenas, como es el caso del oftalmólogo Max Linde que se convirtió en mecenas de Edward Munch; de descubridor de genios, como es el caso del dermatólogo vienés Paul Alexandre que costeaba una comuna de artistas sin recursos en la cual descubrió a Modigliani. Así mismo, la pintura ha dejado constancia de avances científicos en medicina, mostrando las instrumentarias, el instrumental y los espacios. Como es el caso de las *Lecciones de Anatomía* de Tulp y Deyman pintadas por Rembrandt en el siglo XVII e imitadas al final del siglo XIX por Eakins, Hinckley y Seligmann. Los avances en biomedicina del siglo XX serían representados por Lempicka y Otto Dix a través de imágenes de laboratorios y tubos de ensayo (Giménez, 1999). Durante el siglo XX pintores como Dalí, Van Gogh, Kokoschka y Munch miraron en el interior de los médicos sacando a la luz sus debilidades y fortalezas, en línea con la tendencia psicoanalítica y psicologicista que marca el paso del siglo XIX al siglo XX.

Sociólogos españoles (Varela, 2008) han descrito cómo tuvo lugar el descubrimiento del mundo interior en la Viena de finales del siglo XIX, a través de obras de artistas como Gauguin, Klimt y Schiele. Sin abusar del ejercicio de interpretación, no podemos considerar un hecho aislado que entre las preferencias de Laín Entralgo estuviese Gauguin o que algunos médicos convencionales practiquen terapias artísticas en sus consultas privadas. Y es que la relación médico y pintores no es algo anecdótico. La presencia de la profesión médica en el mundo de la pintura se ha debido tanto a la existencia de unos valores humanísticos más allá de los técnicos, como a factores económicos y de status social. En definitiva, en gran parte del discurso de los profesionales sanitarios que practican las MAC reluce un deseo e intención de retomar este rol del médico humanista.

El modelo de análisis biotecnocrático.

- Alumna: *“Una cosa muy diferente entre la medicina convencional y las MAC, es que normalmente el médico no escucha porque no tiene tiempo [...] para él, el método científico fundamental es la prueba objetiva, una radiografía, un escáner, una analítica [...] Una de las características de las MAC es esa, que se toman su tiempo”* (diálogo).

- Médico: (Dirigiéndose a la alumna) *“Te quejas, entiendo, de la pobre comunicación médico-paciente [...] y dos, que parece que el interés fundamental de los médicos no es el individuo [...] sino objetivizar el problema hacia el resultado de un análisis, de una radiografía, de una autopsia [...] mientras tú percibes que en las MAC se mantiene ese respeto al individuo y a la comunicación entre el terapeuta y el individuo”* (fin).

El modelo de análisis biotecnocrático se centra en los saberes y prácticas tecnológicas, científicas y burocráticas realizadas por el personal sanitario, otorgándoles competencia para decidir sobre los cuerpos nacionales de un régimen político concreto. Los médicos que aplican con rigurosidad el método científico simbolizan una nueva hegemonía, opuesta a la visión médica personalista y humanista dominante hasta la mitad del siglo XX. Frente a la antigua hegemonía y la nueva hegemonía, están surgiendo contra-hegemonías, como es el caso de los médicos que practican MAC.

Durante los años treinta en EEUU y cincuenta en España, con la construcción de los primeros grandes complejos hospitalarios y la búsqueda de la eficiencia, los análisis sociológicos se centraron en la rutinización y tecnificación de la práctica médica moderna. En la mitad del siglo XX, con la existencia aún de las instituciones manicomiales, los sociólogos se centraron en describir el funcionamiento interno de dichas instituciones y las deplorables condiciones de vida de los internos. La situación ha cambiado notablemente gracias a los avances democráticos que supuso el movimiento antipsiquiátrico en la década de los setenta. En los ochenta se comenzó a extender el término biomédico desde una perspectiva crítica dentro de las ciencias sociales, caracterizándolo por la descripción del síntoma; la percepción de la enfermedad como una entidad propia; identificación de las causas orgánicas de la enfermedad; creencia en que el lugar más apropiado para el tratamiento es el ambiente médico; focalización en el individuo aislado, como sitio de la enfermedad; y orientación hacia la cura, más que hacia la prevención; e insensibilidad hacia el bienestar espiritual del paciente (Hart, 1985,10-13).

En los últimos treinta años, el interés sociológico por los espacios médicos ha variado. Los estudios sobre Ciencia, Tecnología y Sociedad, han aunado corrientes de pensamiento como las de Foucault, Latour, Preciado y Butler. Los mecanismos de control sobre los cuerpos nacionales han cambiado. Ahora se habla de biopolítica y biopoder.

En la historia de la medicina han existido diferentes hegemonías: la sabiduría médica de tipo renacentista durante los siglos XV y XVI; el pensamiento clasificatorio-deductivo, propio de la lógica nosológica del siglo XVIII; la medicina positiva surgida en el 1770 y 1830 como consecuencia de abrir los ojos a la materialidad del cuerpo sin vida (Foucault, 1999). El salto al modelo biomédico durante los años sesenta del siglo XX debido al descubrimiento de la doble hélice y a las investigaciones sobre el genoma humano. Esta biologización de la medicina ha supuesto el surgimiento de una nueva hegemonía denominada Medicina Basada en la Evidencia (MBE), que consiste en demostrar con datos obtenidos principalmente a través de ensayos clínicos directos o de meta-análisis, qué tratamiento es el más adecuado. La MBE surgió como reacción a la práctica médica basada en las creencias y el saber no evidenciado del médico. Tras su consolidación, está surgiendo una nueva clase de médicos, los médicos alternativos, que critican tanto el método clasificatorio del siglo XVIII como el método científico actual, anteponiendo la experiencia humana y personal a la evidencia y la eficiencia.

El modelo de análisis estructural-funcionalista.

- Médico en un hospital público: *“Las funciones generales de todo personal sanitario son: curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre”* (fin).

- Médico y organizador del curso: *“El pensamiento mágico es un pensamiento ancestral, de lo religioso, supersticioso... pero la ciencia que yo pregonó -esa ciencia espiritual- no tiene nada que ver con ese pensamiento mágico”* (fin).

Este modelo se caracteriza por el análisis sociológico de las interrelaciones que se producen entre los diferentes agentes e instituciones que forman parte del sistema y que hacen que éste continúe según las normas establecidas, se transforme o desaparezca. En sociología de la medicina destaca el estudio de los casos de desviación de la norma o ausencia de ésta (anomia).

Parsons (1976) en su libro *El sistema social* explica cómo la salud está implicada en los prerrequisitos funcionales del sistema social, por tanto, para que la sociedad funcione es necesario un nivel elevado de salud. Toda enfermedad será considerada una desviación o elemento disfuncional que pone en peligro el equilibrio social, legitimando así el control social de la enfermedad. Además, definió el rol del médico y del paciente/enfermo como las principales estructuras sociales en la práctica médica. Más allá de estas estructuras, identificó cuatro elementos que resultan útiles para analizar hoy las MAC: la incertidumbre en el diagnóstico y tratamiento; la creencia en la pseudociencia; la liminalidad en las profesiones sanitarias y la orientación colectiva que deben seguir los médicos.

Al abordar las situaciones de incertidumbre y los límites con los que se topa la medicina, Parsons recurre a las tesis de Malinowski (1994) expuestas tres años antes en *Magia, ciencia y religión* donde afirma que “*la pseudociencia es el equivalente funcional de la magia en el campo de la medicina moderna*” (Parsons, 1976, 434). El avance de la ciencia, no disipa por completo la incertidumbre, por tanto es normal que existan grupos que ofrezcan tratamientos de salud fuera de la profesión médica, atribuyendo a éstos la característica de liminares (Parsons, 1976, 403).

La orientación colectiva del médico es aquella en la que el médico antepone el bienestar del paciente sobre su propio interés, financiero o de otro tipo. Lo que implica que el médico privado no puede anunciarse según las reglas del marketing o prescindir de pacientes sin dinero. Considera el comercialismo como el enemigo más serio con que tiene que enfrentarse el médico (Parsons, 1976, 405).

Por su parte Merton (1938) en su artículo *Estructura Social y Anomia* muestra la tendencia en la teoría sociológica a atribuir el mal funcionamiento de la estructura social primeramente a los impulsos biológicos del hombre (1938, 672). La teoría de la desviación de Merton se basa en la combinación de dos elementos de la estructura social y cultural: las metas culturalmente definidas y los medios para alcanzarlas. Como resultado de esta disociación Merton presenta cinco formas de adaptación de los individuos dentro de una sociedad: (I) conformismo, (II) innovación, (III) ritualismo, (IV) evasión y (V) rebelión.

Desde este modelo se podrían entender las llamadas medicinas alternativas como una especie de intrusismo o desviación en un sistema de salud que ha dado a los médicos desde el siglo XVI el monopolio sobre las enfermedades. Los “conformistas” serían aquellos que no se cuestionan el rol dominante de la medicina biomédica, ni sus principios científicos,

sociales, económicos ni culturales. Los “innovadores” se alejarían del concepto de salud oficial y observarían con reticencias el monopolio de los médicos convencionales en el sistema de salud, su principal apuesta es la defensa de otras técnicas y prácticas médicas menos invasoras. Los “ritualistas”, no compartiendo el concepto de salud dominante, aún no darían el salto a consumir productos o servicios propios de la MAC. Las personas “evasivas” defenderían la MAC como sustitutiva de la convencional y tendrían un concepto de salud y enfermedad opuesto al de la biomedicina. Una posición hegemónica y continuada de las personas “evasivas” daría lugar al estado de rebelión, la quinta forma de adaptación con la que se inicia un nuevo sistema, o en términos de Kuhn, una revolución científica.

El modelo de análisis genealógico.

- Farmacéutica y aromaterapeuta: *“Edward Bach (1886-1936) era un médico-bacteriólogo inglés. Enferma gravemente de cáncer y eso cambia su vida y su forma de afrontar la salud. Opina que el origen de la enfermedad es emocional, psicosomático. Deja la consulta exitosa de Londres y el Colegio de Médicos, y se dedica a curar con flores. [...] Él dice, cúrese usted mismo. Localice la emoción alterada y elabórese su elixir floral, sea su médico”* (fin).

- Antigua médica pública y actual médica antroposófica: *“El yo tiene que ver con algo muy presente. Estamos es una época que es muy yoica [...] Si vais a Estados Unidos veréis que la gente es “next, next, next”, no digo que ese sea el mundo mejor, pero ese es el mundo que nos está tocando [...] Si no estás en tu lugar, estará otro por ti. Entonces ¿cómo trabajamos el yo de una persona? El primer paso es la meditación [...] Ese ser necesita un cuerpo que lo albergue y ese cuerpo que alberga al yo se llama organización del yo”* (fin).

El método de análisis genealógico en medicina se adentra en *el espesor de lo histórico* para explicar el presente, analizando hechos aparentemente no transcendentales pero que esconden relaciones de fuerza y poder que generan un conjunto de creencias, prácticas, valores e instituciones médicas.

Foucault, hijo de un cirujano, publica en 1963 *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Analiza un período breve pero transcendental en la práctica médica y clínica que va desde 1770 a 1830 y en el que identifica el nacimiento de la medicina positiva como consecuencia de abrir la mirada médica a la materialidad del cuerpo sin vida. Lo

invisible se hace visible y a partir de ese momento la mirada médica cambia para siempre (Foucault, 1999, 194).

A través de manuales médicos de la primera mitad del siglo XVIII Foucault observa cómo a través de la práctica nosológica el paciente es tratado *como “un hecho exterior en relación a aquello por lo cual sufre”*, portador de numerosas perturbaciones como la edad o el género que impiden conocer la verdad del hecho patológico, para lo cual *“el médico debe abstraerse del enfermo”* (Foucault, 1999,23). En definitiva, hoy en día algunos defensores de MAC se basan en la crítica a ese procedimiento, porque según ellos se privilegia la teoría en detrimento de la observación, ya que ellos no buscan reconocer en el paciente una enfermedad descrita anteriormente en un manual para aplicarle un tratamiento, sino a través de la observación directa -y de la curación, en parte, a través de la palabra- ir construyendo el caso individualizado y personalizado del paciente.

Otro hito en el modelo genealógico de la medicina lo encontramos en el libro de Robert Castel, Françoise Castel y Anne Lovell (2006) titulado *La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano* y publicado en 1979. En él se analiza el proceso de instauración del hospital psiquiátrico en los Estados Unidos durante el siglo XIX y cómo ha ido transformándose en diferentes mecanismos de control sobre la población, con el fin de organizar nuestra existencia cotidiana y de ampliar el campo de la salud mental a los “normales”, “no enfermos” o “no discapacitados”.

Los capítulos *Alternativas a la psiquiatría y psiquiatrización de las alternativas; Los nuevos consumidores de bienes psi* (Castel, 1999), da pie a una de nuestras preguntas de investigación sobre la relación entre el proceso social conocido como psicologización del yo y la creciente implantación de las MAC en nuestra sociedad. Según Castel, hasta los años setenta la mirada se había centrado en cómo el sistema psiquiátrico había ido expandiendo su jurisdicción en el campo de la salud mental. No obstante, durante esos años tuvieron lugar importantes transformaciones en la sociedad norteamericana, especialmente en sus márgenes. Nos referimos al movimiento de la contracultura nutrido por el *drop out* juvenil y otras minorías raciales y políticas. Dicho movimiento cuestionaba la organización social y fue fraguando, a través de instituciones alternativas, el movimiento de las *Community Organisation*, las cuales perseguían un nuevo tipo de sociabilidad con la implantación en este caso de las *free clinics*. Los valores que defendían estas nuevas clínicas eran la libertad, la autenticidad de las relaciones personales, la contestación a la jerarquía médica,

el rechazo entre tratantes y tratados, la desmitificación de la tecnicidad del saber médico, el ataque a la noción de experto, la defensa del intercambio bajo la forma del don y de una atmósfera donde primase la amistosidad, la informalidad y la intimidad. Si bien las *free clinics* fueron iniciadas por profanos a las profesiones médicas, la tendencia ha sido la reprofesionalización. Abriendo un nuevo espacio de mercado y trabajo, en el que donde no llega el psiquiatra actúa el paraprofesional, anulando las grandes oleadas contestatarias de los años sesenta. En definitiva, asegura Castel, se trata de una organización de la existencia cotidiana compuesta por nuevos ingenieros del alma.

El modelo de análisis interaccionista-etnometodológico.

- Médico y naturópata: *“El papel del médico, del terapeuta, es exclusivamente entretener al paciente mientras la naturaleza le cura [...] Los médicos no curamos a los pacientes, deberíamos ser como asesores de salud, invierta usted en este plan de vida [...] El paciente debería pagar al médico solo mientras está sano y cuando enferma dejarle de pagar, como hacían los chinos”* (fin).

El modelo interaccionista-etnometodológico en medicina comparte en gran medida su objeto de estudio con el modelo biotecnocrático. En cambio se distingue por prestar especial atención a los aspectos rutinarios intersubjetivos como la comunicación y el lenguaje.

Alain Coulon (1988) recoge en su libro *La Etnometodología* los objetos de estudio sobre medicina abordados por esta corriente: *“Las prácticas médicas, la gestión de la muerte en los hospitales, las categorizaciones de los pacientes, las prácticas de diagnóstico, de cuidados, de responsabilidad y de trabajo sociales en los hospitales psiquiátricos y servicios hospitalarios para enfermos mentales”* (Coulon, 1988:100).

La obra de Alfred Schütz destaca los aspectos rutinarios e intersubjetivos de la vida cotidiana como la intercomunicación y el lenguaje, su huella se deja ver en la obra de Cicourel, de corte más etnolingüística. Cicourel ha publicado en las últimas décadas una serie de trabajos que abordan el estudio del uso del lenguaje en escenarios médicos (1985; 1987; 1994; 2004; 2005; 2011). A la hora de analizar conversaciones aboga por la necesidad de incluir material etnográfico y realizar observación participante, otorgando así gran importancia al contexto. En un artículo publicado en 1987 añadía lo siguiente: *“He elegido una conversación entre tres médicos en un centro médico universitario para*

subrayar la importancia del contexto a diferentes niveles de análisis” (Cicourel, 1987,217). A través de ese material conversacional demuestra la importancia de los detalles socioculturales a la hora de analizar el significado de las conversaciones. En el artículo mencionado anteriormente presenta material empírico que considera representativo de la rutina de actividades burocráticas institucionalizadas en la mayoría de los hospitales universitarios en países occidentales (1987:220). Metodológicamente, Cicourel reflexiona sobre el hecho de grabar las conversaciones y cómo ello condiciona la relevancia que se le otorga a la información recogida.

Por su parte Erving Goffman (2004), en su libro *Internados* cuestiona la relación médico-paciente, al observarla como una relación personalizada de servicios, basada en la reparación, semejante a la relación que tenemos con los mecánicos de coches en los talleres. Actualmente observamos el paso de una relación basada en la reparación propia del modelo biotecnocrático, a una relación de mantenimiento propia de los médicos alternativos. El concepto de relación de mantenimiento no ha de confundirse con aquella rama de la medicina oficial que se centra en la prevención, atendiendo a los factores socioculturales y ambientales de la salud. La relación de mantenimiento a la que nos referimos es aquella donde los médicos pasan a ser, según palabras de un médico alópata y homeópata, “asesores de salud”, a los que hay que pagar mientras uno está sano y dejar de hacerlo cuando enferma. Como si de una compañía aseguradora se tratara. No es por tanto casual que en numerosas ocasiones los médicos alternativos utilicen la palabra cliente para referirse a sus pacientes.

El modelo neomarxista.

- Médico organizador: *“Dos personas que tienen que ver de alguna manera con el mundo sanitario... una de ellas forma parte de este hospital como auxiliar al servicio de medicina interna y se la ve pululando mucho por el hospital porque se ha aficionado a una técnica (Reiki) que legalmente no debe estar impartiendo por ahí, pero ella se ha dado a eso”* (fin).

- Farmacéutica y aromaterapeuta: *“Os quería comentar que los patrocinadores que tenemos hoy son Laboratorios Nutergia”* (fin).

- Antigua médica pública y actual médica antroposófica: *“Con nosotros está la directora de Weleda. Es la directora farmacéutica, así que si tenéis dudas de farmacia tenemos una oportunidad estupenda”* (fin).

El modelo de análisis neomarxista en medicina analiza las relaciones de poder y fuerza que se dan entre los diferentes niveles de categorías profesionales sanitarias; la distribución y acceso desigual a los servicios sanitarios; la mercantilización de la salud; y las diferentes formas de sentir la enfermedad según la clase social.

En 1972 Luc Boltanski publica *Los usos sociales del cuerpo*, en el que a través del análisis secundario de datos obtenidos durante más de una década de encuestas, relaciona la sociología y antropología del cuerpo con estudios sobre las prácticas médicas modernas y las categorías socioprofesionales.

Una dimensión del análisis de Boltanski es el carácter de transacción comercial que impera en la relación médico-paciente, principalmente en los médicos privados. El médico intenta limitar el control que sobre sus actos pudiera ejercer el enfermo, así como evitar la apropiación total de la capacidad médica por parte del enfermo. Se trata sobre todo de conseguir el punto óptimo de información médica, según el cual "*los sujetos sociales deberían estar lo suficientemente educados como para percibir sus sensaciones mórbidas y desear recurrir al médico, pero no tanto como para sustituir parcial o totalmente al médico o discutir sus decisiones*" (Boltanski, 1975: 44).

En su empeño por recuperar la dimensión social de los comportamientos corporales, Boltanski focaliza su atención en lo que denomina cultura somática, delimitándola a las variaciones que se producen en el consumo médico según la clase social y las condiciones objetivas de existencia de un grupo. Observa cómo el consumo médico no está relacionado únicamente con factores biológicos o fisiológicos, sino con la necesidad médica, la cual está ligada a su vez con la capacidad para convertir la sensación en síntoma, incrementándose en las clases altas debido a su nivel mayor nivel de instrucción que le otorga más capacidad para verbalizar sus sensaciones (1975:29). Boltanski no obvia la variable económica, pero constata como en grupos diferentes con similares salarios se dan prácticas sanitarias diferenciadas, debido a que están sujetos a normas específicas que rigen cada grupo, es decir, el *habitus*. Ahora bien, estas normas específicas son resultado de condiciones objetivas como puede ser el uso diferenciado del cuerpo entre clases sociales para conseguir los medios materiales de existencia y la densidad médica de una determinada región o área, en la que a medida que satisfacemos unas necesidades aumentan otras,

produciéndose un proceso circular de la satisfacción y de necesidad que provoca la ampliación constante del mercado de bienes y consumo.

En el caso concreto de las MAC está emergiendo una sublínea de investigación que tiene que ver con el estudio clásico de los grupos y categorías profesionales, centrándose en las relaciones de poder existente entre los diferentes niveles de profesionales sanitarios. Un estudio realizado (Kelner 2004) a través de entrevistas a médicos, enfermeros, nutricionistas clínicos y fisioterapeutas canadienses, de ambos sexos, muestra que estos grupos son reacios a la profesionalización de las MAC en vista a salvaguardar su posición dominante en el campo médico. Otro estudio (Adams, 2006) muestra cómo debido a las tensiones y luchas internas entre los obstetricistas y las matronas, éstas últimas defienden las MAC al considerarlas como una extensión de su rol que las provee de mayor autonomía frente a la dominación de los obstetricistas en el cuidado de la mujer.

El modelo antimedicina

- Enfermera y alumna: *“Llevo 32 años ejerciendo la enfermería y cuando me detectaron un Colestiatoma me sentí profundamente agotada por la medicina. Dije: no voy a entrar en esa espiral por el cansancio y el agotamiento que me iba a suponer entrar en esa dinámica. Así que me replanteé una dirección diferente”* (diálogo).

-Médico y organizador del curso: (Dirigiéndose a la alumna anterior) *“O sea que tú no cataste el veneno que das todos los días”* (risas) (Fin).

- Mujer: *“No se sabía qué era, el dolor cada día era peor y la dosis de morfina más alta [...] Me medicaron a tope y aquello no mejoraba. La desesperación de mi marido era tal que puso sobre la mesa un montón de alternativas. Y fue la apiterapia [...] Descubrimos cuál era mi enfermedad: era leishmaniosis”* (diálogo).

-Médico: (Dirigiéndose a la alumna anterior) *“Es una enfermedad infecciosa no muy frecuente producida por una bacteria y que muchas veces se debe a una picadura de un insecto o garrapata”* (diálogo).

-Apiterapeuta: *“En este caso fue por un arañazo de un perro”* (diálogo) [...] *Llegamos a esa conclusión por una razón, porque cuando empezamos a tratarla con apiterapia lo que pasó es que apareció aquello que le habían enmascarado con las medicinas”* (fin).

El modelo antimedicina hunde sus raíces en el pensamiento libertario y la contracultura. Se basa en una cierta desconfianza hacia los médicos, los hospitales, la industria farmacéutica y en un temor constante a la intoxicación.

Ivan Illich (2006) es si cabe uno de los mayores exponentes, y defensores radicales, de este modelo. Desarrolla el concepto de iatrogenesis atendiendo a sus dimensiones clínica, social y cultural. La iatrogenesis clínica sería aquellos estados clínicos en los que los remedios, los médicos o los hospitales son los agentes patógenos (2006:554). La iatrogenesis social se refiere a las lesiones que se deben a transformaciones socioeconómicas que engranan con la forma institucional que ha adoptado la asistencia a la salud y que fomentan la burocracia y monopolio médicos (2006:591). La iatrogenesis cultural, se refiere al hecho de que la sociedad haya transferido a los médicos el derecho exclusivo de determinar que constituye enfermedad y quién está enfermo.

Según Illich existe una ilusión en la eficacia de los médicos y sus remedios, ya que si observamos la evolución de las principales epidemias como la tuberculosis, el cólera, la disentería, la fiebre tifoidea, y otras muchas, podemos apreciar que disminuyeron independientemente del control médico y antes de la introducción de antibióticos, como consecuencia de las mejoras en la vivienda, la nutrición, el agua y el aire. Siendo el ambiente un factor determinante en correlación con el nivel de igualdad sociopolítica.

Entre los defensores de las MAC se observa el deseo de devolver la salud a las personas, que según ellos, les fue expropiada por la medicina moderna. Sin embargo, no señalan la necesidad de llevar la enfermedad a su lugar de origen -la familia y el vecindario- como defendían Foucault e Illich. En cambio, enfatizan el hecho de que el paciente pueda elegir entre diferentes opciones médicas, eligiendo su propio camino.

El modelo culturalista

- Antigua médica pública y actual médica antroposófica: *“El ser humano cuando toma la decisión de encarnarse sobre la Tierra, va pasando por diferentes esferas planetarias. Primero pasa por la de Saturno, donde se forman los huesos, la médula y la sangre. Además coge el carácter de Saturno que es introvertido, investigador, hacia dentro [...] Y luego pasa por la esfera de la Luna donde se forman todas las fuerzas del cerebro y los órganos reproductivos. Por eso cerebro y reproducción están tan unidos. Para luego bajar a la Tierra”* (Fin).

El modelo culturalista en medicina critica el planteamiento metodológico que se basa en comparar únicamente indicadores sociodemográficos clásicos como los ingresos, la edad o la educación. Para descubrir la tendencia cultural que subyace en el campo de la salud y la medicina, hay que partir de indicadores con una base más ancha, como son los valores espirituales y materiales. Por último, hay que relacionar el campo de la salud con elementos de la vida cotidiana como son las modas en la alimentación, la vestimenta, la decoración, el ocio; y las industrias culturales como la prensa popular, los libros de autoayuda, el horóscopo, los *talk shows* y las series.

Illouz en su libro *La Salvación del alma moderna: terapia, emociones y la cultura de la autoayuda* muestra los resultados del análisis de guías populares de autoayuda psicológica; películas; *talk shows* de Oprah Winfrey; teóricos de la psicología y el psicoanálisis; y artículos pertenecientes a revistas como *Cosmopolitan* y *Ladies' Home Journal* escritos entre las décadas de 1930 y 1990. Considera que el discurso terapéutico es excelente *para el análisis cultural porque ha atravesado todo el siglo XX*. Illouz cuestiona la creencia de muchos sociólogos comunitaristas de que el *ethos* terapéutico es antiinstitucional, afirmando todo lo contrario: la creciente *institucionalización del yo* (2010,19).

La antropóloga británica, Mary Douglas, ha combatido la idea de que los llamados pueblos "primitivos" poseen una lógica o método de pensamiento diferente. Para profundizar en ello, en sus últimos trabajos analiza nuestras sociedades occidentales y las conductas contemporáneas no comprensibles desde la racionalidad instrumental y utilitarista. En línea con la investigación realizada por Adorno en *Bajo el signo de los astros*, donde da cuenta del proceso de institucionalización de la superstición y del paso cada vez más importante de los elementos irracionales en la vida moderna.

Douglas (2008) en *Estilos de Pensar: ensayos críticos sobre el buen gusto* sostiene que existe una dimensión común en todas las comunidades, que consiste en una escala de diferentes grados de formalidad (2008, 15). En el capítulo, *La elección entre lo somático y lo espiritual: algunas preferencias médicas*, Douglas sitúa la elección de un tipo de terapias alternativas en el contexto de una tendencia cultural que denomina la delicadeza.

Además profundiza en la construcción que hace el paciente del terapeuta como guía hacia una realidad diferente (Douglas, 2008, 39). Por ejemplo un londinense enfermo que elige una MAC es el que equivalente al aldeano africano que acude a los fármacos. Ambos

no están eligiendo entre ciencia o magia, sino entre la comunidad terapéutica dominante o alternativa. Es posible que las personas que eligen una terapia alternativa en nuestras sociedades estén eligiendo una comunidad terapéutica que los apoye con su amistad y su consejo. No obstante al existir cada vez más campos específicos a los que la gente puede adherirse, se corre el riesgo de ahondar en el conflicto cultural.

En definitiva, para Douglas las MAC representan “*una alternativa cultural a las tradiciones filosóficas occidentales*” (2008,41). Por ello mientras exista un déficit democrático y sigan aumentando los corazones solitarios, la crítica espiritual seguirá desafiando las formulaciones de la medicina occidental.

Conclusiones.

A través del proceso de escritura del relato etnográfico, que no deja de ser un acto performativo, hemos apuntado algunas de las claves para entender el proceso de medicalización, o si se prefiere, institucionalización de las MAC. Una de las hipótesis que cobran más peso es que parte de la medicina oficial está tratando de responder a la ofensiva de prácticas sanitarias no médicas (“intrusismo”) incorporando las MAC y sustituyendo una relación médico-enfermo basada en la reparación a una basada en el mantenimiento (que no prevención), donde el médico/a es “*asesor de salud*”, terapeuta y guía emocional. No obstante, como hemos observado es imprescindible la combinación de múltiples modelos de análisis para llegar a una comprensión profunda del fenómeno.

Bibliografía

- ABELA, J. A. (2007), *Evolución de la teoría fundamentada como técnica de análisis cualitativo*, Madrid, CIS.
- ADAMS, J. (2006), “*An exploratory study of complementary and alternative medicine in hospital midwifery: Models of care and professional struggle*” en *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12(1): 40-7.
- ÁLVAREZ-URÍA, F. (2009), *Sociología de las instituciones: Bases sociales y culturales de la conducta*, Madrid, Morata.
- BARRETT, B. (2003). Themes of holism, empowerment, access, and legitimacy define complementary, alternative, and integrative medicine in relation to conventional biomedicine. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9(6), 937-947.

- BOLTANSKI, L. (1975), *Los usos sociales del cuerpo*, Buenos Aires, Periferia.
- CASTEL, F., CASTEL, R., (1980), *La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano*, Barcelona, Edit Anagrama.
- CICOUREL, A.V. (2005), "*Bad news, good news: Conversational order in everyday talk and clinical settings*" en *Language in Society*, 34(2), 282-291.
- CICOUREL, A. V. (1985), "*Reasoning and diagnosis: the role of language and clinical understanding in medicine*" en *Actes De La Recherche en Sciences Sociales*, (60), 79-89.
- CICOUREL, A. V. (1994), "*Distributed knowledge in collaborative medical diagnosis*" en *Sociologie Du Travail*, 36(4), 427-449.
- CICOUREL, A. V. (1987), "The interpenetration of communicative contexts: Examples from medical encounters" en *Social Psychology Quarterly*, 50(2), 217-226.
- CICOUREL, A. V. (2004), "*Cognitive overload and communication in two healthcare settings*" en *Communication & Medicine*, 1(1), 35-43.
- CICOUREL, A. V. (2011), "*The effect of neurodegenerative disease on representations of self in discourse*" en *Neurocase*, 17(3), 251-259.
- COLLER, X. (2005), *Estudio de casos*, Madrid, CIS.
- COULON, A. (1988), *La etnometodología* (2ª ed. ed.), Madrid, Cátedra.
- COULTER, I. D.(2004), "*The rise and rise of complementary and alternative medicine: A sociological perspective*" en *Medical Journal of Australia*, 180(11), 587-589.
- DOUGLAS, M. (2008), *Estilos de pensar: Ensayos críticos sobre el buen gusto*, Barcelona, Gedisa.
- DU CASTEL, F. (1980), *La sociedad psiquiátrica avanzada: El modelo norteamericano*. Barcelona, Anagrama.
- EASTWOOD, H. (2000), "*Why are australian GPs using alternative medicine? Post-modernisation, consumerism and the shift towards holistic health*" en "*Journal of Sociology*", 36(2), 133-156.
- FOUCAULT, M. (1999), *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica* (19ª ed. (1ª de Siglo XXI de España) ed.), Madrid, Siglo XXI de España.
- GIMÉNEZ, F. (1999), *Médicos al óleo*, Madrid, Ediciones Europubli.
- GOFFMAN, E. (2004), *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (1a. ed., 8a. reimp.ed.), Buenos Aires, Amorrortu.
- HART, N. (1985), *The Sociology of Health and Medicine*, Ormskirk, Causeway Press.

- Henderson, L. J. (1935), "*Physician and patient as a social system*" en *New England Journal of Medicine*, 212, 819-823.
- ILLICH, I. (2006), Obras reunidas. México, D.F., Fondo de Cultura Económica.
- ILLOUZ, E. (2010), La salvación del alma moderna: terapia, emociones y la cultura de la autoayuda, Madrid, Katz Editores.
- KELNER, M. (2004), "*Responses of established healthcare to the professionalization of complementary and alternative medicine in Ontario*" en *Social Science & Medicine*, 59(5), 915-930.
- MALINOWSKI, B. (1994), Magia, ciencia, religión ([1a. ed. en col. Ariel] ed.), Barcelona, Ariel.
- MERTON, R. K. (1938), "*Social structure and anomie*" en *American Sociological Review*, 3(1), 672.
- MIZRACHI, N. (2005), "*Boundary at work: Alternative medicine in biomedical settings*" en *Sociology of Health & Illness*, 27(1), 20-43.
- PARSONS, T. (1976), El sistema social ([2a. ed.] ed.), Madrid, Revista de Occidente.
- VARELA, J. (2008), Materiales de sociología del arte, Madrid, Siglo XXI de España.