

que toman las preguntas y guías de entrevistas, o los listados de estímulos temáticos (por ejemplo, en los *focus groups*). Si el planteo ronda alrededor de "¿qué es esto para usted?", "¿cómo lo vivió?", "¿qué le pasó?", "¿cómo lo interpreta?", los datos que obtenemos constituyen un compuesto de interpretaciones subjetivas con el sentido que la gente otorga a lo que relata, entremezclado con emociones y visiones del mundo¹².

En segundo lugar, en todos los artículos están presentes "los otros" o "las situaciones" que constituyen el entorno para la interpretación. Existe en el enfoque teórico un aspecto referencial, un contexto que está incorporado al sujeto. Los otros, el contexto situacional está presente a veces de manera explícita; no podemos comprender la realidad vivida y experimentada si no lo hacemos tomando en cuenta ese contexto. Esto es evidente en los artículos en los cuales el contexto son las demostraciones colectivas, o en el estudio de su entorno, el de las actividades que los participantes desarrollan¹³.

Eliana Andrés Fernández
Asistente Social

Capítulo I

El proceso de construcción del marco teórico en el diseño de una investigación cualitativa¹

Betina Freidin

"La teoría no debe ser un símbolo de estatus ni un extra opcional en una investigación. Sin teoría es imposible focalizar un estudio; sin la investigación, la teoría es simplemente un símbolo de uso contemplativo"

Silverman (2000: 86)

Introducción

El objetivo de este documento es describir en detalle el proceso de construcción del marco teórico en la investigación cualitativa. Para ello utilizo como ejemplo una investigación que realicé sobre la disposición a donar órganos para transplantes. Se trató de un estudio cualitativo con grupos focalizados, iniciado a principios de 1998 y finalizado en marzo de 2000².

La teoría, entendida como el conjunto integrado de conceptos que permiten definir y explicar un fenómeno (Silverman 2000: 78), es el componente básico del diseño que comanda el proceso de investigación. Los conceptos se organizan en proposiciones que se postulan como supuestos e hipótesis, los que una vez integrados argumentativamente constituyen la perspectiva teórica que dará lugar a la formulación de las preguntas de investigación u objetivos específicos del estudio, la selección de la metodología, y el análisis e interpretación de los datos reunidos (ver Sautu 2003).

Tal como lo destaca Silverman (2000: 78), las teorías impulsan la investigación sugiriendo ideas sobre aspectos desconocidos de la realidad. Este papel no hay que concebirlo de manera estática sino dinámica, entendiendo a las teorías como entidades "vivas" que se desarrollan y modifican a través del proceso de conocimiento que supone la investigación empírica. Del mismo modo lo plantea Alasuutari (1996), al postular que la principal tarea del investigador es explicitar y reconstruir el marco conceptual implicado en las preguntas de investigación y en el diseño metodológico: "la función de la recolección de datos y del análisis es hacer visible los supuestos del estudio y desafiar y desarrollar el marco teórico inicial (373)".

En los estudios cualitativos el denominado "contexto conceptual" (Maxwell, 1996) se construye sobre varias teorías existentes, o bien emerge inductivamente durante el proceso de investigación, o se termina de elaborar en dicho proceso articulando teorías existentes y conceptos emergentes. Si bien fue de este último modo como elaboré el contexto conceptual de la investigación sobre transplantes, en este capítulo detallo el procedimiento que seguí para construir la primera versión del mismo que correspondió a la instancia de redacción del proyecto.³ A lo largo del proceso de investigación, y en particular en la instancia de análisis de los datos, el marco conceptual fue refinado y terminado de elaborar, acorde a los conceptos sensibilizadores que guiaron el planteo del estudio e integrando conceptos emergentes⁴.

Como lo destaca Maxwell (1996:27), el contexto conceptual de un estudio no se 'encuentra' sino que se construye incorporando piezas que son tomadas prestadas de otros trabajos, pero cuya estructura y coherencia global es algo que cada uno elabora en el marco de su propio estudio. Si bien el punto de partida de la elaboración del marco teórico es la revisión crítica de la literatura general y específica disponible sobre un tema, el mismo no equivale a un resumen de la bibliografía existente sino que constituye una construcción personal, selectiva y en cierta medida original en su combinatoria específica de componentes conceptuales.

La revisión de la literatura existente (investigaciones y textos teóricos) nos aporta el estado del arte sobre un tema. Permite construir, por un lado, los dos niveles de abstracción del marco teórico: el de los supuestos más generales, y el conjunto de supuestos y conceptos más acotados que permiten comprender un campo sustantivo de fenómenos, y por otro, en el caso de las investigaciones empíricas, cómo otros investigadores resolvieron la estrategia metodológica de sus estudios. En este capítulo explico el proceso de construcción de ambos niveles conceptuales para el estudio sobre transplantes de órganos pero me detendré, en particular, en la descripción del segundo, ya que es a partir del nivel sustantivo que se derivan las preguntas acotadas u objetivos específicos de una investigación.

Los pasos seguidos para construir el marco teórico de la investigación sobre donación de órganos

1. Clarificando ideas y armando el rompecabezas conceptual

Mis primeras ideas e intuiciones sobre el tema, las conversaciones informales con amigos, la información periodística nacional e internacional obtenida por Internet, me permitieron empezar a plantear

interrogantes amplios, generales para una propuesta de investigación. La lectura de la legislación vigente sobre el tema, las estadísticas nacionales e internacionales de procuración, y algunas primeras entrevistas con actores del sistema institucional de procuración de órganos hicieron posible que construyera el contexto histórico-geográfico o descripción situacional del problema en nuestro país (Sautu, 2003). Una vez realizados estos primeros pasos, realicé una exhaustiva y amplia búsqueda bibliográfica sobre el tema. Se me presentaban dos dificultades en esta instancia; por un lado, se trataba de un tema poco investigado en el ámbito académico sociológico local y, por el otro, de un tema complejo cuya indagación requería integrar teóricamente las preocupaciones y discusiones de varias disciplinas dentro de las ciencias sociales.

La primera dificultad fue "resuelta" revisando la bibliografía internacional a la que podía acceder visitando bibliotecas (en particular visité la de la Facultad de Ciencias Sociales, la de Filosofía y Letras, y la de Medicina, y la de mi Directora), navegando por Internet y mediante comunicaciones personales con centros de investigación del exterior. Debo aclarar en este punto que, al no pertenecer yo a ningún organismo de actividad de transplantes y al tratarse de un tema novedoso también para mí, ya que estaba en ese momento finalizando una investigación sobre un tema sustantivo distinto, mi capital relacional *ad hoc* era prácticamente nulo. Contaba con mi propio entusiasmo, inquietud intelectual, y con todo el apoyo de mi Directora. Lo que no fue poco.

Hasta ese momento lo que tenía claro era que yo quería estudiar por qué algunas personas estaban dispuestas donar sus órganos y otras no una vez producida su muerte, qué razones argumentaban unas y otras para sostener sus posiciones. También que se trataría de un estudio con el público general, es decir, con personas no pertenecientes a la subcultura médica. Los temas básicos que iba a abordar para dar cuenta de las diferentes posiciones serían: 1) cómo la gente evaluaba la técnica del transplante en términos de aceptación o rechazo; 2) las imágenes y el valor simbólico atribuido al cuerpo muerto, 3) las creencias en torno de la muerte, y en particular las nociones legas sobre la muerte cerebral 4) la confianza y la credibilidad en las agencias de procuración de órganos y en la comunidad médica, y 5) las motivaciones de la gente que las disponen positivamente a donar. Estos temas surgieron de la reflexión personal, nutrida tanto por mi formación sociológica como por el sentido común, y fueron validados como relevantes durante la primera etapa de lectura panorámica de la bibliografía.

La literatura internacional señalaba la gran brecha existente entre la aceptación de los transplantes como terapéutica y la disposición personal a ser donante de órganos. Entonces, lo primero que era relevante

indagar era si en nuestro país la gente acepta la técnica o si había objeciones en este punto de partida. Segundo, tratándose de un estudio sobre donación *postmortem*, implicaba que para "dar" órganos hay que aceptar el hecho obvio que primero hay que morir, y esta condición inevitable lleva a que las personas elaboraren dicha circunstancia de diferentes modos. Sobre este punto era importante explorar las imágenes y los conceptos sobre la muerte cerebral, ya que es la condición médica necesaria para la extracción de órganos sólidos. Tercero, que para donar hay que disponer del cuerpo propio o el de los familiares. Por último, que la gente que está dispuesta a dar lo hace por diferentes motivos, y que ese acto de entrega supone que se confía en las personas que gestionan la actividad de trasplantes y en los médicos que diagnostican la muerte del donante.

Una vez identificados los temas básicos del estudio tenía que plantearlos teóricamente; es decir, necesitaba construir un marco teórico o perspectiva analítica, y "ponerla en acción" a través de la formulación de preguntas u objetivos específicos de investigación. Al respecto Alasuutari (1998: 31) es contundente: el marco teórico no es solamente un listado de explicaciones posibles de un fenómeno, constituye una manera de percibir la realidad que se está estudiando. Por lo tanto, al construirlo estamos definiendo qué es lo relevante sobre un tema -y por omisión, qué no- y cómo es conveniente interpretar los hallazgos de la investigación.

He simplificado en extremo la etapa inicial del proceso, por momentos caótico, que implica transformar las ideas o intuiciones iniciales sobre un tema en preguntas u objetivos de investigación, la que necesariamente supone la toma de decisiones sobre la perspectiva conceptual del estudio. Esta instancia requiere la clarificación y depuración de las ideas mediante un metódico procedimiento de progresión lógica y sentido teórico.

En este proceso de focalización progresiva hay que evitar la tentación de plantear todos los interrogantes que puedan ocurrirnos sobre un tema, o bien -y de manera no excluyente- plantear un tópico desde un nivel de teorización de tal abstracción que esté deslindado del mundo empírico de los datos o del plano de la observación. Silverman (2000) propone algunas estrategias útiles para alcanzar el foco adecuado del estudio e integrar los distintos aspectos analíticos que se quieren abordar. Entre dichas estrategias, el autor sugiere elaborar diagramas de flujos que permitan visualizar la coherencia interna del planteo y encontrar el rompecabezas de lo que se quiere indagar, y pensar, por analogía óptica, en visualizar el tema desde un sistema de lentes panorámicas y focales.

Resumidamente, Silverman (2000:68 y 69) sostiene que en el proceso de acotamiento del tema, los cuadros permiten plantear los conceptos claves y sus interconexiones, y que una forma de romper el círculo vicioso de los hechos y teorías interminables en la propuesta de investigación es poner los libros a un lado -obviamente, después de haberlos leído muy detenidamente- y preguntarse qué es lo que realmente uno quiere averiguar, o más específicamente cuál es el rompecabezas conceptual que se quiere resolver. El sistema de lentes, por otra parte, es un ejercicio analítico que facilita el planteo conceptual focalizando los detalles de un tema y retrocediendo hacia una visión más general que evite la pérdida de perspectiva.

2. El recorrido por la literatura existente

Como bien se señala en la literatura metodológica, el criterio de evaluación del marco teórico no es que sea bueno o malo sino que sea pertinente o adecuado para el tema que se quiere investigar. Para construir el marco teórico del estudio sobre donación de órganos para trasplantes, orienté la búsqueda bibliográfica de manera temática e interdisciplinaria. Al tratarse de un tema complejo de componer como objeto de estudio, para construir el marco teórico recurrí a la estrategia de triangulación interdisciplinaria y teórica (Janesick, 1994:215). La triangulación interdisciplinaria permite ampliar la comprensión de un tema con el aporte de diferentes disciplinas (cada una con distintivos ejes temáticos y preferencias metodológicas [Sautu, 2003]). Leí artículos y libros escritos en el marco de la sociología, la psicología social, la comunicación social, y la antropología médica y cultural. La triangulación teórica supone el uso de perspectivas conceptuales múltiples para interpretar un conjunto de datos. Para que esta integración teórica sea viable es necesario que los supuestos más generales que articulan cada perspectiva teórica sean compatibles (por ejemplo, la definición del actor social, el papel de las emociones y los valores como elementos formativos de la acción social, etc.).

La lectura de la bibliografía disponible fue amplia y panorámica en una primera instancia. Leí artículos y libros específicos sobre disposición a la donación (encuestas entre público general y aplicación de cuestionarios relevando variables psicosociales a grupos específicos, generalmente estudiantes universitarios), pero también trabajos que reconstruían el proceso de la toma de las decisiones de donación con familiares, estudios con profesionales involucrados en la actividad de trasplantes, grupos culturales específicos, receptores de órganos, etc. Este recorrido bibliográfico por los estudios empíricos en el ámbito internacional me

permitted identificar las diferentes áreas de análisis, universos de estudios, y diseños de investigación que se aplicaban. Para ordenar significativamente este conjunto de trabajos seguí la sugerencia de Locke et al. (1987) acerca de la conveniencia de organizar la revisión de la literatura a partir de criterios o categorías que permitan ver las semejanzas y las diferencias entre los estudios disponibles y ubicar la propuesta propia en ese marco de conocimiento intersubjetivo o colectivo. Según estos autores, el criterio de agrupamiento debe ser la utilidad tanto para el investigador como para los lectores. Yo decidí diferenciarlos en dos grandes grupos: i) estudios con público general o personas no expertas (*laypeople*) y ii) estudios de poblaciones y/o ámbitos institucionales específicos. Una vez ubicados estos dos grandes grupos distinguí qué temas o variables abordaban y qué diseños implementaban, construí el Cuadro 1.1.

Posteriormente sistematicé los principales resultados o hallazgos de cada uno. Específicamente me centré en los estudios con público general y los retrospectivos con familiares, ya que la lectura pormenorizada guiaría la formulación de los objetivos específicos (Sautu, 2003) y, de este modo obtuve un resumen de las regularidades empíricas registradas en otros contextos nacionales y de cómo se las interpretaba. También de los métodos empleados, sus ventajas y limitaciones. Si bien no presentaré aquí el detalle de los hallazgos, los mismos me permitieron refinar los cuatro temas básicos que orientaron los interrogantes de investigación (aceptación de la técnica; la representación simbólica del cuerpo, las creencias y miedos en torno a la muerte; la confianza en las instituciones y en los médicos; las motivaciones que subyacen a la disposición positiva hacia la donación. Todos ellos pertenecen al campo teórico de las percepciones, actitudes, valores y motivaciones (nivel microsociales). Una vez llegado a este recorte temático, mi búsqueda se orientó a reunir bibliografía teórica para construir los supuestos teóricos más generales del estudio, y los conceptos y las proposiciones sustantivas que darían contenido conceptual a mis objetivos específicos.

Yo ya había trabajado la línea teórica del interaccionismo simbólico y la cultura subjetiva en la investigación que estaba finalizando. De ambas perspectivas teóricas surgieron los supuestos conceptuales más amplios para el estudio de la disposición a donar. Esta orientación general fue integrada con la perspectiva de las chances de vida diferenciales de las personas según su inserción en la estructura social.

CUADRO 1.1 Organización de las investigaciones internacionales sobre donación de órganos según el universo de estudio, los temas indagados y los diseños de investigación implementados		
Tipos de estudios empíricos sobre donación de órganos		
Universo de estudio	Temas	Diseños
<i>Personas no pertenecientes a la subcultura médica (público no experto o laypeople)</i>	variables sociológicas (estructurales) y psicosociales (creencias, actitudes, valores), vinculadas con la intención de donación, o la toma de decisión de la donación.	<u>Estudios prospectivos (disposiciones)</u> : - Encuestas nacionales con público general - Encuestas y estudios etnográficos con poblaciones específicas (minorías religiosas, culturales y étnicas) - Tests psicosociales a pequeñas muestras <u>Estudios retrospectivos (reconstrucción del proceso de la toma de decisión a favor o en contra de la donación)</u> : - Encuestas y entrevistas con familiares donantes y no donantes <u>Estudios con personas transplantadas</u> : - Entrevistas a receptores de órganos
<i>Actores involucrados profesionalmente con la actividad de transplantes</i>	Aspectos organizativos, prácticas hospitalarias, procedimientos -protocolos- de la consulta familiar, conocimientos, creencias, actitudes, valores	- Observación y encuestas a actores involucrados en la actividad de transplantes en el ámbito hospitalario (médicos, personal paramédico, clérigos) - Observación y análisis de protocolos, organizaciones y prácticas hospitalarias

3. Los supuestos generales del estudio

La perspectiva conceptual general que orientó la investigación sobre donación *postmortem* de órganos integra el estudio de la cultura subjetiva (Triandis, 1994; Alasuutari, 1995, Wuthnow, 1987) con las del interaccionismo simbólico (Fine, 1993; Strauss, 1995). Desde este marco interpretativo más amplio abordé algunos interrogantes específicos que articulan el campo sustantivo de estudios de las ideas y comprensiones que elaboran las personas no expertas respecto de la medicina moderna y de sus desarrollos tecnológicos, la salud y el tratamiento del cuerpo (Elston, 1997:11, Williams & Calnan, 1996).

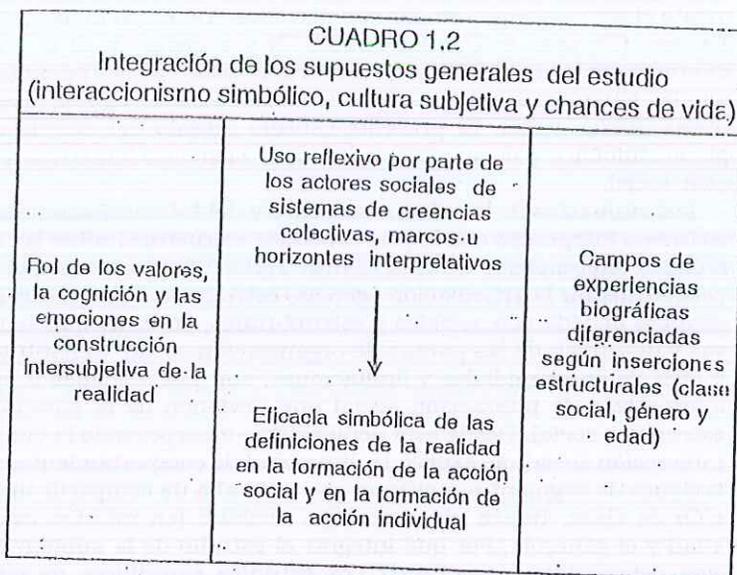
Tal como lo plantea Wuthnow (1987), los estudios culturales encarados desde una perspectiva subjetivista exploran los significados que para los individuos, a través de sus actividades interpretativas, tiene la realidad social. En esta orientación, Triandis (1994) especifica que la cultura subjetiva se observa a través de las actividades de categorización, clasificación, valoración y conexiones de sentido que llevan a cabo las personas en interacción. Estas actividades interpretativas se realizan a través del uso reflexivo de sistemas o repertorios de significados disponibles, conocimientos y del procesamiento de experiencias personales o mediadas (del círculo de allegados o de la construcción/difusión mediática). Tal como lo destaca Alasuutari (1995), la realidad social esta edificada intersubjetivamente a partir de significados y es posible –e igualmente válido– estudiar la dimensión cultural de los fenómenos sociales, tanto en el plano de las estructuras de sentido colectivas como en el de las elaboraciones individuales. En este sentido, especifica que, “en el proceso de dar sentido al mundo y actuar en él, la gente utiliza y aplica “sistemas de significados”, “distinciones culturales”, “modelos”, “esquemas o repertorios de significados”. Aquellos que se usan de modo generalizado constituyen –producen y reproducen– la realidad social, incluyendo a los sujetos, y son parte integrante de esa misma realidad (36)”.

Para comprender las imágenes y evaluaciones que subyacen en la disposición a la donación de órganos entre los no expertos, el estudio enfocó la cultura desde las construcciones psicosociales de los individuos. En esta dirección, busqué comprender las representaciones simbólicas (Strauss, 1995), en tanto significados más individualizados a partir de los universos simbólicos disponibles para los miembros de diferentes grupos sociales, vinculados con la muerte y el cuerpo en relación a la donación de órganos para trasplantes. El concepto de representaciones simbólicas permite capturar la diversidad de respuestas a partir de condiciones estructurales compartidas por actores individuales y/o

colectivos atendiendo a sus experiencias biográficas. Las definiciones e interpretaciones de la realidad que elaboran las personas es un elemento clave para comprender sus acciones. Tal como lo ha enunciado Thomas (Thomas & Thomas:1928:572) y a partir de él la corriente interaccionista simbólica y el constructivismo: si las personas definen las situaciones como reales sus consecuencias para la acción son reales (Ritzer 1995). El presente estudio intentó dar cuenta de este plano simbólico y de su eficacia en tanto elemento formativo de la acción social.

Los supuestos de la cultura subjetiva y del interaccionismo simbólico fueron integrados con la perspectiva estructural sobre las oportunidades diferenciales de vida (Sautu 2003).⁶ Esta orientación teórica permite definir la articulación agencia/estructura. Las oportunidades/chances de vida son sociales y estructurales, en tanto que son objetivas y dependen de las pautas de organización social. Constituyen una matriz de oportunidades y limitaciones; son posibilidades u opciones alternativas de interacción social que devienen de la posición en la estructura social. Desde esta perspectiva –incorporando la cultura y la interacción social– se explica la diversidad de comportamientos y orientaciones de segmentos o grupos que, más allá de compartir una situación de clase, tienen otros anclajes sociales (en nuestro estudio, la edad y el género). ¿Por qué integrar el estudio de la subjetividad con una perspectiva estructural? Los estudios específicos de referencia indicaban que la clase social y la pertenencia étnica constituyen variables asociadas con la desconfianza en las instituciones públicas y en los médicos.

Teniendo como referente esta regularidad observada en otros contextos nacionales quise observar si este patrón también emergía en el ámbito local. Para plantear este interrogante eran necesarios proposiciones teóricas que conectaran las percepciones y definiciones de la realidad con campos diferenciados de experiencias según condicionantes estructurales (de clase, género y edad). Específicamente quería explorar si la desconfianza se construía diferencialmente en distintos sectores sociales, o entre varones y mujeres, según sus experiencias previas en el campo de la salud, asumiendo que la elaboración de experiencias pasadas constituye el marco de expectativas referente al futuro (Cuadro 1.2).



4. El nivel de teorización sustantivo: construyendo conceptualmente los objetivos del estudio o las preguntas de investigación

En esta sección desarrollo el nivel de conceptualización sustantiva que orientó los objetivos específicos de la propuesta de investigación. En la construcción de esta instancia del marco teórico hay que ser cuidadoso para afrontar dos desafíos: la integración vertical y la integración horizontal de perspectivas teóricas.

4.1. La perspectiva lega de la medicina moderna y de las prácticas médicas

Desde este marco interpretativo más amplio que integra los supuestos del interaccionismo simbólico, la cultura subjetiva y las chances de vida, se abordaron algunos interrogantes específicos que articulan el campo sustantivo del estudio de las ideas y comprensiones que elaboran las personas no expertas respecto de la medicina moderna y de sus desarrollos tecnológicos más recientes, la salud y el tratamiento del cuerpo (Elston, 1997; Williams & Calnan, 1996; Gabe & James, 1996; Williams & Bendelow, 1996). En este campo de estudios organizado por la sociología y antropología médicas, se indagan los vínculos entre la racionalidad médica y la de los no miembros de la comunidad de exper-

tos (Joralemon, 1995, 1996; Good, 1996); los criterios de sentido común a partir de los cuales se evalúan diferentes tecnologías y formas de cuidado de la salud, y la legitimidad otorgada por los legos a la medicina y a los médicos (Williams & Calnan, 1996; Elston, 1997).

Un supuesto que articula esta perspectiva es que las personas no expertas son sujetos activos y críticos y que, por lo tanto, hay que comprender sus acciones y decisiones desde sus propias lógicas, sistemas de creencias y cúmulo de experiencias y conocimientos (Dingwall, 1976, citado en William & Calnan, 1996:16)⁷. La exploración de estos elementos permite que emerja la combinación compleja de confianza y escepticismo de los legos hacia la medicina moderna (Elston, 1997:12).

La inclusión del estudio de las emociones para comprender los vínculos del público general con la medicina es un camino que comienza a recorrerse en el campo de los estudios sociológicos (James & Gabe, 1997). Se considera que las emociones actúan como uno de los nexos o mediaciones entre las relaciones micro y macro, y que juegan un rol central en la experiencia humana y en los modelos culturales acerca de la salud, la enfermedad y la muerte (Williams & Bendelow, 1997). Las emociones son conceptualizadas como construcciones sociales y culturales, y los estados emocionales que sienten los individuos incluyen diferentes formas de autoperibirse con poder o sin él, las que se vinculan con las condiciones objetivas de existencia a través de las experiencias biográficas (Freund, 1990:461, citado en Williams & Bendelow, 1997: 40) (Ver Cuadro 1.3).

CUADRO 1.3
Perspectiva lega sobre la biomedicina y sus desarrollos tecnológicos

Contenidos cognitivos, valorativos, y emocionales	Diferentes visiones según experiencias biográficas de acceso a la salud	Auto-percepción de recursos personales y sociales frente al sistema (<i>personal efficacy</i>)
---	---	--

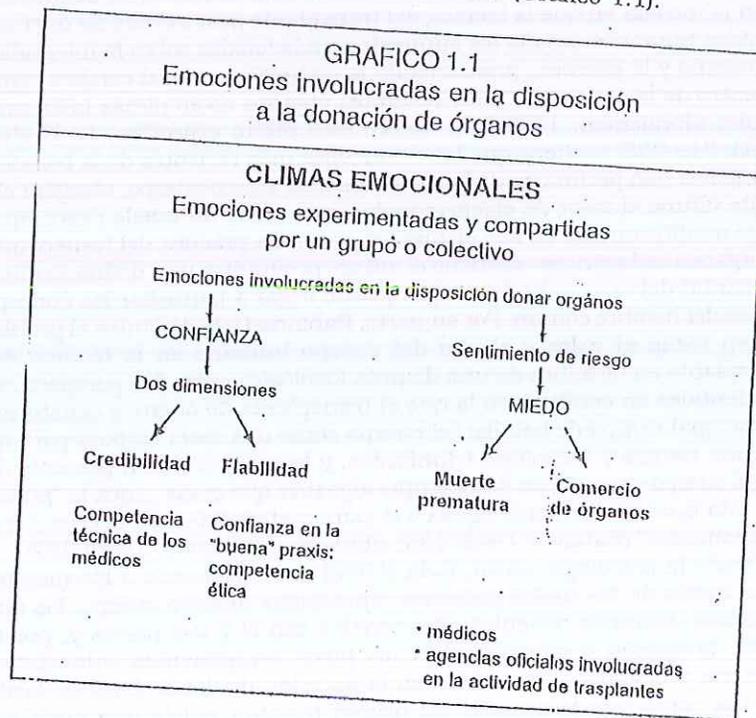
Nuestras primeras ideas sobre el tema, validadas por los hallazgos de las investigaciones internacionales indicaban que la confianza-desconfianza y el miedo-seguridad constituyeran las emociones centrales que era necesario explorar en sus contenidos específicos para comprender la disposición a la donación de órganos, entendiéndola como una instancia particular en la que puede observarse el nexo entre el público

general o lego y el mundo de la medicina y, de manera indirecta, la relación médico-paciente. Otro aspecto clave a considerar era la confianza en el sistema institucional que organiza la actividad de trasplantes. Cuando revisamos las investigaciones empíricas sobre la donación de órganos realizadas en otros países, observamos que entre algunos segmentos sociales -los más desfavorecidos estructuralmente (Protas, 1993; The Partnership for Organ Donation, 1993)- la falta de confianza en las instituciones y en los profesionales de la salud aparecía como un obstáculo para la donación. La desconfianza refería a dos aspectos. Por un lado, a la declaración de la muerte de los pacientes, y en este punto la falta de credibilidad generaba el sentimiento de riesgo y el consecuente miedo a sufrir una muerte "prematura". Por otro, se sospecha de los mecanismos institucionales de distribución de los órganos entre los potenciales receptores. Las dudas en este último punto se vinculaban con cuestiones de inequidad social, y con la sospecha de la existencia de un mercado ilegal de órganos.

Para plantear conceptualmente el papel de estas emociones en la disposición a la donación busqué bibliografía teórica específica sobre la confianza y el miedo. Seleccione un texto de teoría sociológica (Barbalet, 1998) y uno de semiótica social (Landowski, 1993). Barbalet (1998) sostiene que la confianza es una emoción que actúa como una de las fuerzas sintéticas más importantes en la sociedad; en tanto supera la incertidumbre y el desconocimiento sobre el futuro es un fundamento básico para la acción social, ésta última entendida en sus componentes racionales-instrumentales, valorativos y emocionales. Mientras que la confianza en sí mismo es un elemento primario para la acción, la confianza en el "otro" y en juicios sobre sucesos es básicamente una cuestión de creencia. En este punto -el nexo entre la confianza y la creencia- resultó oportuno incorporar la perspectiva socio-semiótica que distingue la creencia en lo que se enuncia y la creencia en quién lo enuncia. Abordé entonces, siguiendo a Landowski (1993: 211-212), las dos dimensiones sobre las que se construye el lazo de confianza: la que refiere a la competencia ética del otro -en este caso, los médicos- en su práctica profesional, y la que alude a la competencia técnica del sujeto, que se vincula con su capacidad y conocimiento en tanto maestría en una materia. Landowski sostiene que el término credibilidad puede reservarse para dar cuenta de la representación del otro como un ser competente desde el punto de vista de su conocimiento, y la noción de confianza, para la expectativa de que haga las cosas correctamente según principios éticos y de procedimientos. Este último plano alude a la voluntad para el cumplimiento de un deber o mandato.

Por otro lado, y tal como lo desarrolla Barbalet (1998: 152-157) el miedo, en tanto emoción experimentada socialmente, emerge en contextos

sociales y por lo tanto no constituye una reacción individual ante una amenaza o peligro percibido, sino que resulta una emoción experimentada intersubjetivamente que cada individuo contribuye a crear. Las causas del miedo se vinculan con la atribución de *agency*. En este sentido deriva del sentimiento de ausencia de poder o vulnerabilidad, o bien, de la percepción de un exceso de capacidad de acción del otro. El objeto del miedo es de tipo prospectivo y su contenido es la anticipación de un resultado negativo que implica un daño o perjuicio. Las emociones tienen un elemento de memoria y de anticipación; en tanto elementos formativos de la acción experimentados y compartidos colectivamente son producto y a la vez conducen a la producción y reproducción de "climas emocionales". El estudio buscó explorar cuál era el clima emocional local en relación con la actividad de trasplantes, en particular explorar cómo se construye la confianza/desconfianza y el sentimiento de seguridad / riesgo en relación a las agencias públicas y a la comunidad médica. Y si existían diferencias en estos sentimientos entre personas de diferentes sectores sociales (Gráfico 1.1).



4.2. Las representaciones simbólicas del cuerpo y definiciones del buen morir

A partir de la ubicación del estudio en la perspectiva teórica general de la cultura subjetiva y del interaccionismo simbólico, me centré en las representaciones simbólicas del cuerpo humano. La importancia de estudiar el significado del cuerpo y el valor que se le otorga en relación a la aceptación de la práctica del trasplante ha sido especialmente destacado por la antropología médica y la psicología social (Joralemon, 1995, 1996; Belk, 1990; Youngner, 1992; Le Breton, 1995).

Desde una perspectiva cultural, la antropología médica ubica, específicamente, la controversia sobre las estrategias de procuración de órganos y la respuesta del público a los trasplantes y la solicitud de donación en el marco de la disputa por el significado y el valor del cuerpo y sus componentes, más allá de sus funciones naturales anatómicas y de la definición biomédica de su funcionamiento. Esta controversia se presenta en la medida en que la técnica del trasplante *post-mortem* de órganos y tejidos humanos desafía los supuestos tradicionales sobre la integridad del cuerpo y la persona, promoviendo la distinción entre el cerebro como el centro de la conciencia y los restantes órganos como piezas intercambiables (Joralemon, 1995:336). Sobre este punto específico, Le Breton (1995: 219-223) sostiene que los desarrollos más recientes de la tecnología médica han profundizado la visión dualista sujeto-cuerpo, otorgándole a este último el valor de *objeto-máquina*, que como tal puede descomponerse analíticamente en sus elementos-parte. La práctica del trasplante de órganos cadavéricos –sostiene el autor– profundiza una definición instrumental del cuerpo humano que puede llegar a perturbar las concepciones del hombre común. Por su parte, Rabinow (1992) plantea el problema en torno al valor y el uso del cuerpo humano en la técnica del trasplante en términos de una disputa ideológica entre dos perspectivas occidentales en conflicto en la que el trasplante de órganos constituye el principal campo de batalla: “el cuerpo como una mera materia portada por una ciencia y tecnología triunfantes, y la sensación aún presente de que el cuerpo y sus partes son siempre algo más que cosas ... que la “persona” está inextricablemente ligada a la pura materialidad del cuerpo o sus componentes” (Rabinow 1992: 185; citado en Joralemon, 1995: 339).

Desde la psicología social, Belk (1990) hace referencia a las metáforas a través de las cuales podemos representar nuestro cuerpo, las que expresan diferentes vínculos emocionales con él y sus partes y, por lo tanto, favorecen o contrarrestan los otros componentes valorativos, afectivos y cognitivos presentes en la decisión de donar órganos tanto en vida como tras la muerte. En primer término, existe una metáfora que muestra al cuerpo como una máquina cuyas piezas pueden ser

intercambiables; esta imagen ha sido la dominante en la medicina moderna. Otra metáfora culturalmente disponible es la visión del cuerpo como un jardín en el que se pueden remover y transplantar diferentes partes orgánicas. Una tercera representación simbólica presenta al cuerpo como una extensión del yo; en este caso ambos constituyen entidades difícilmente escindibles, siendo el primero visto como una parte central de la identidad. Una cuarta metáfora refiere al cuerpo como un recipiente sagrado (desde una perspectiva religiosa o espiritual) y sus adherentes tienen en común el rechazo a dañar este envase perfecto, aun después de la muerte. Cada una de estas cuatro visiones metafóricas –sostiene Belk– presentan implicancias psicológicas importantes para los trasplantes de órganos: las dos primeras (el cuerpo-máquina y el cuerpo-jardín) son las que mejor se ajustan al tratamiento del cuerpo que supone la práctica del trasplante, mientras que las representaciones del cuerpo como el yo o como un recipiente sagrado indican ciertas dificultades o barreras. Los estudios tanto prospectivos como retrospectivos con familias donantes indican algunas resistencias a donar algunas partes del cuerpo humano (tales como las córneas y el corazón) indicando una valoración cultural diferencial de algunos órganos y tejidos humanos (Sque & Payne, 1996). En nuestro estudio exploramos si para las personas es importante conservar la integridad del cuerpo, si conceden un valor diferencial a sus partes y cuáles son las imágenes o metáforas dominantes que utilizan para definir el cuerpo.

Desde la perspectiva de los estudios culturales se enfatiza que la tecnología del trasplante no sólo supone una ideología especializada que define el valor social de los cuerpos y sus partes, sino que también prescribe la relación social entre donantes y receptores, y establece nuevos criterios médico-legales que alteran las definiciones tradicionales de la muerte y del proceso de morir (Sharp, 1995).

Las percepciones y creencias de los legos en torno a la extracción de órganos y tejidos humanos para trasplantes nos ubican en la intersección de los discursos científicos, religiosos y de sentido común; saberes y prácticas en relación al cuerpo y la muerte. El interrogante que se nos plantea en este plano es en qué medida el saber o discurso médico sobre los procesos biológicos de la vida y de la muerte, y su materialización en el procedimiento de ablación e implante de órganos y tejidos, armonizaba con las creencias y sentimientos –y por que no fantasías– que el tema moviliza en los legos en relación al cuerpo y la muerte. Y si entre las razones enunciadas para ser o no donante, las personas que no pertenecían a la subcultura médica evocan o actualizan imágenes, creencias y significados de universos simbólicos cristalizados por diferentes religiones y otros sistemas de creencias colectivas⁸.

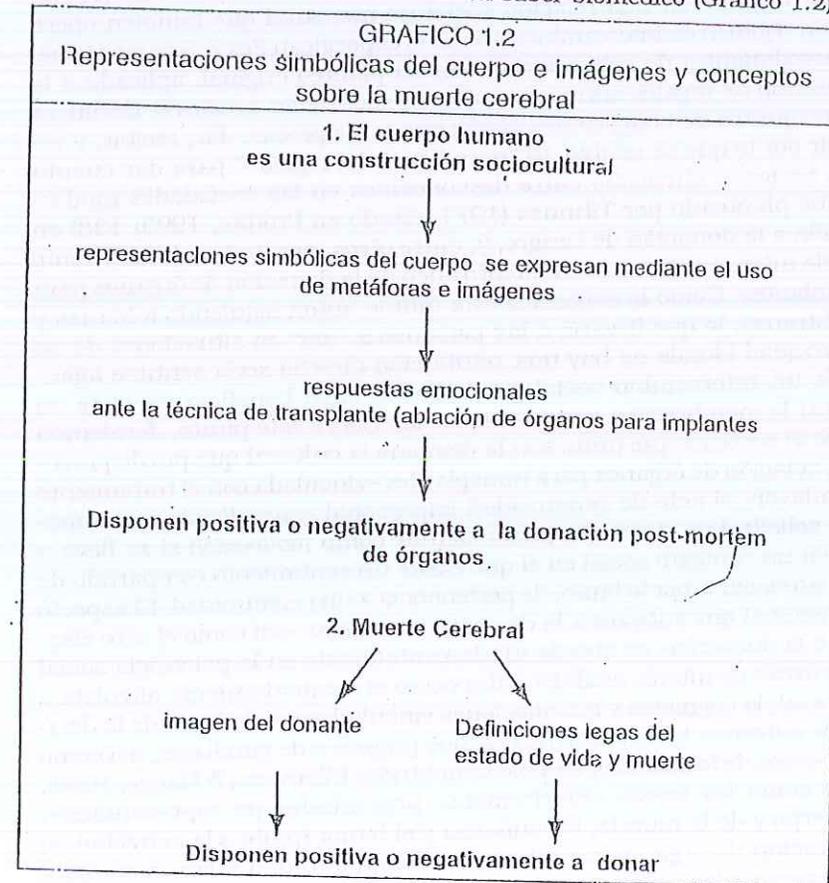
Los antropólogos que han estudiado las construcciones culturales de la muerte en diferentes épocas y sociedades, destacan la importancia de las costumbres en torno a las prácticas funerarias. Entre éstas, han merecido una especial atención el tratamiento del muerto en los que siguiendo a Van Gennep (1986) y Turner (1990) se denominan *ritos de pasaje*. Bowker (1996) recupera las dos categorías y las tres etapas que estructuran el ritual mortuario: separación, transición y agregación (muerte/vida, vivo/moribundo/ muerto) y la categoría de *liminaridad*, en tanto fase transicional que no puede adscribirse a ninguna de las dos categorías firmes (vivo/muerto). En este sentido, "las costumbres funerarias están en relación con el proceso continuado de la sociedad, ya que ayudan al muerto a desplazarse al limen, a atravesarlo e ingresar en la condición estable y respetada de ser un ancestro" (Hertz, citado en Bowker: 33).

Visto que en cada época y endogrupo existen prácticas de pasaje que denotan sistemas de creencias diferentes, surge el interrogante acerca de cómo la gente incorpora el procedimiento de la ablación en el marco de sus valores y creencias en torno al tratamiento que merece el muerto en la etapa de liminaridad; teniendo en cuenta, en particular, que la extracción de órganos sólidos debe realizarse en un estadio de la muerte que el saber médico nomina muerte cerebral y mediante el denominado "mantenimiento cadavérico".

La muerte cerebral es un criterio médico pragmático de definición de la muerte relativamente nuevo -se estableció a fines de los años 60- que establece el fin de la vida del individuo cuando las funciones cerebrales (corticales y del tronco encefálico) cesan de modo irreversible. Tal como lo sintetiza Thomas (1991:30-31) la muerte es un proceso gradual que presenta varios niveles: la muerte aparente o relativa que consiste en una especie de síncope prolongado después del cual el sujeto puede volver a la vida y recuperar la conciencia; la muerte clínica que implica la desaparición para la vida integrada pero en la que las reacciones metabólicas subsisten bajo ciertas condiciones y el retorno a la vida es posible; la muerte absoluta que supone la acumulación irreversible de muertes funcionales y parciales y que en el estado actual de la ciencia y de acuerdo con los organismos internacionales se ha denominado muerte cerebral. Finalmente, la muerte total se produce cuando ya no quedan células vivas.

La bibliografía específica sobre el tema de la donación de órganos, señalaba que la comprensión y aceptación del concepto de muerte cerebral por parte de los familiares de los potenciales donantes eran factores cruciales en el proceso decisional de la autorización de la ablación y uno de sus aspectos más problemáticos (Franz et al. 1997). Por su parte, los estudios por encuesta realizados con público general indicaban una gran confusión sobre el significado del término (*The Partnership for Organ*

Donation, 1993; Shanteau & Linin, 1990). Nuestro estudio exploró el concepto de muerte cerebral de las personas legas en relación a cómo era representado el donante cadavérico. Dicha exploración se estructuró a partir de los siguientes interrogantes: ¿Cuál es la imagen del donante que tienen las personas y cómo se conceptualiza su estado: se trata de una persona que está muerta o aún viva?; ¿Los legos saben de la existencia del requisito de muerte cerebral como aptitud para la donación de órganos?; ¿Qué entienden por el término muerte cerebral? Abordando estos interrogantes, busqué comprender las taxonomías de vida y muerte que manejan las personas que no pertenecen a la comunidad médica, y si éstas armonizan con las del saber biomédico (Gráfico 1.2).



4.3. Motivaciones para donar: los órganos humanos como regalos

En nuestro país, la donación de órganos y tejidos pertenece al dominio de las acciones sociales que no se rigen por la lógica mercantil sino por la del "don" o el "regalo" o: ¹⁰. Siguiendo a Kopytoff (1991), podemos decir que son ubicados pública y oficialmente en el orden cultural de objetos que no pueden clasificarse como mercancías y que, por lo tanto, sólo pueden ser dados y obtenidos mediante una acción de carácter altruista por parte del donante (tanto vivo como cadavérico). Tal como ha sido definida la acción social de "regalar" en la antropología, desde la formulación de Mauss (1950), ésta se inscribe en una relación social no mercantil que también opera bajo un régimen de intercambios. Como lo especifican Fox & Swazey (1992) la microdinámica de esta relación -en su planteo original, aplicado a la circulación de regalos entre conocidos en sociedades arcaicas- involucra tres conjuntos de obligaciones simétricas y recíprocas: dar, recibir, y retribuir por lo que se recibió. El "paradigma del regalo" ¹¹ para dar cuenta de la acciones altruistas entre desconocidos en las sociedades modernas fue planteado por Titmuss (1971, citado en Prottas, 1993: 138) en relación a la donación de sangre, y, entre otros, por Prottas (1993) como modelo interpretativo y fundamento ético de la donación de órganos para transplantes. Como lo especifica este último autor, siguiendo a Mauss y Levi-Strauss, lo que llevaría a las personas a "dar" en situaciones de no reciprocidad (donde no hay una retribución directa) sería sentirse agentes de un intercambio social generalizado cuyo beneficio consiste en reforzar la membresía a un sistema social. Sobre este punto, Joralemon (1996: 5) sostiene que junto con la **disonancia cultural que puede provocar la ablación de órganos para transplantes -vinculada con el tratamiento del cadáver-** el acto de generosidad impersonal generalizada que supone la solicitud de donación puede actuar como *motivación* si se lleva a cabo en un contexto social en el que existe un sentimiento compartido de contrato social y, por lo tanto, de pertenencia a una comunidad. El aspecto motivacional que subyace a la disposición a donar -así como el acto efectivo de la donación- se aborda fundamentalmente en la psicología social desde áreas de interés analítico tales como el comportamiento altruista o pro-social, la cognición y las emociones vinculadas con la toma de la decisión de autorizar la donación de órganos propios o de familiares, así como los procesos de formación y cambio de actitudes (Shanteau & Harris, 1990).

Así como los temas anteriormente presentados (la representación del cuerpo y de la muerte, la confianza y el temor frente a la actividad de procuración de órganos e implantes) refieren al orden a las *creencias* y las *razones* de las personas dispuestas tanto a donar como a no hacerlo; el plano de la *motivación* aborda la esfera de qué inclina a las personas a

El proceso de construcción del marco teórico...

querer donar, los *para qué* y los *por qué* que dan cuenta de su acción. literatura de referencia indica que existen dos núcleos motivacionales básicos: el altruista (ser solidario) y el pragmático, éste último vinculado con una visión instrumental del cuerpo muerto (evitar el "desperdicio" de órganos implantables y transformarlos en algo útil para otros) (Prottas, 1993). Nuestro estudio buscó refinar con evidencia cualitativa estos dos componentes y explorar el elemento de "devolución" que sería presente en el acto altruista de la donación (Cuadro 1.4).

CUADRO 1.4
Las motivaciones del acto de donar

Motivaciones	Expectativa de retorno:
Valores y sentimientos altruistas (vínculo solidario con los otros)	¿Qué se espera tras el acto de dar órganos?
Valores pragmáticos (evitar el desperdicio de partes del cuerpo implantables)	

Los objetivos específicos del estudio

El *objetivo general* del estudio ha sido analizar la constelación de factores culturales y sociopsicológicos relacionados con la voluntad o disposición de las personas a ser donantes de sus órganos cadavéricos, autorizar la extracción de órganos de familiares. Se trató de un estudio sobre *disposiciones a actuar* de personas no vinculadas con la medicina con la actividad de transplantes, las que desde el punto de vista de conocimiento y dominio del tema pueden ser consideradas *legas* o *expertas* respecto de la subcultura médica.

A partir de la bibliografía revisada, de la perspectiva teórica en la que nos apoyamos para plantear el problema de la investigación y el *objetivo general* del estudio, los *objetivos específicos* fueron formulados de la siguiente modo (Cuadro 1.5) ¹²:

- 1) ¿La extracción de órganos y tejidos humanos para transplante es una práctica médica aceptada en nuestro país por el público general experto?
- 2) ¿Qué motivaciones alientan la intención de ser un donante de órganos?

3) ¿Cuál es el criterio de muerte que manejan las personas que tendrán que decidir donar o no sus órganos? ¿El concepto de muerte cerebral que utilizan los profesionales de la salud –y que la legislación internacional y nacional establecen como criterio para la ablación de órganos sólidos– es conocido y aceptado por los legos? ¿Armoniza con las taxonomías de vida y muerte que manejan éstos?

CUADRO 1.5 Vínculo entre los contenidos temáticos de los objetivos específicos y el marco teórico	
Contenido temático de los objetivos	Conceptualización teórica
1- Aceptación de la técnica del trasplante	Legitimidad de la medicina moderna entre el público no experto
2- Razones para donar o no donar	
◦ Confianza/ desconfianza en la comunidad médica y en las agencias estatales	Climas emocionales. Expectativas de atención de la salud según la elaboración de experiencias pasadas. Inequidad en el acceso a la salud
◦ Construcciones simbólicas del cuerpo y emociones que genera la imagen de la ablación de órganos	Construcción sociocultural del cuerpo y sus partes. Diferentes representaciones simbólicas – nivel micro– que se expresan a través de metáforas e imágenes
◦ Imágenes y conceptos sobre la muerte cerebral	Taxonomías culturales de vida y muerte. Importancia de la prácticas funerarias (ritos de transición, estado liminar)
◦ Creencias en la posibilidad de comerciar órganos	Diferencia entre bienes económicos (mercancías) y bienes no económicos (regalos). Desconfianza en las agencias estatales y en la praxis médica
3- Motivaciones para donar	Alltruismo, pragmatismo. Expectativas de devolución
4 -Diferencias estructurales	Los campos de experiencias biográficas difieren según la inserción estructural (clase social, edad, género)

4) ¿Cómo es representado, simbólicamente el cuerpo muerto? ¿Es percibido como una unidad que hay que preservar como tal, o como un conjunto de partes separables que pueden removerse para ser implantadas en otro ser humano? ¿Existen representaciones y valoraciones diferenciales de algunos los órganos y tejidos humanos?

5) ¿Existe confianza en las agencias públicas y agentes de la salud que gestionan la procuración de órganos en nuestro país? ¿Cuáles son los principales miedos en torno al tratamiento médico de los pacientes en relación a la obtención de órganos?

6) ¿Existe la creencia en un mercado ilegal de órganos y tejidos humanos y, en consecuencia, la percepción de una desigualdad de oportunidades para obtenerlos?

7) ¿Los factores estructurales como la clase social, la edad y el género marcan diferencias en los temas contenidos en los objetivos específicos anteriores?

Los objetivos de investigación guiaron la elaboración de la guía para la conducción de los grupos focalizados y organizaron temática y conceptualmente el proceso de análisis de los datos.

Bibliografía

- Alasuutari, P. (1995) *Researching Culture. Qualitative Methods and Cultural Studies*; London: Sage.
- Barbalet, J.M. (1998) *Emotion, Social Theory and Social Structure. A Macrosociological Approach*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Belk, R.W. (1990) "Me and Thee Versus mine and Thine: How Perceptions of the Body Influence Organ Donation and Transplantation", *Organ Donation and Transplantation: Psychological and Behavioral Factors*, Washington: American Psychological Association.
- Berger, P. y T. Luckman. (1983) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrotu.
- Blumer, H. (1982) *El interaccionismo simbólico. Perspectiva y Método*, Barcelona: Hora.
- Bowker, J. (1996) *Los significados de la muerte*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Elston, M.A. (1997) "Introduction: the Sociology of Medical Science and Technology", en Elston, M.S. (Eds): *The Sociology of Medical Science and Technology*, Sociology of Health & Illness Monograph Series, Oxford: Blackwell Publishers.
- Fine, G. A. (1993) "The sad demise, mysterious disappearance and glorious triumph of symbolic interactionism", *Annual Review of Sociology*, 19: 61-87.
- Fox, R. & J.S. Swazey (1992) *Spare Parts. Organ Replacement in American Society*, New York: Oxford University Press.

- Franz, H. et al. (1997) "Explaining Brain Death: A Critical Feature of the Donation Process", *Journal of transplant Co-ordination*, vol.7, No.1 : 14-21.
- Freidin, B. (2003) "The Dead Body and Organ Transplantation", en Faircloth, C. *Aging Bodies: Images and Everyday Experience*. Walnut Creek, Altamira Press. 55-26.
- Freidin, B. (2000) *Los límites de la Solidaridad*. Buenos Aires: Lumiere.
- Good, B.J. (1996) *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Janesick, Valerie J. (1994) "The Dance of Qualitative Research Design. Metaphor, Methodology, and Meaning". En Denzin, Norman K. & Yvonna S. Lincoln (Eds.): *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks: Sage.
- Jonas, H. (1997) *Técnica, Medicina y Ética*. Buenos Aires, Paidós.
- Joralemon, D. (1999) "Doctors on Donation: Debating the Incentive Question", ponencia presentada en *The Society for the Social History of Medicine*, Julio 17, Glasgow, Escocia (mimeo).
- _____ (1996) "Request for consent as cultural encounters", Department of Health Resources Development, *UNOS Annual Meeting "Toward the year 2000: Concepts and Considerations in the Consent Process"*, Washington DC, February, 23 (mimeo).
- _____ (1995) "Organ Wars: The Battle for Body Parts", *Medical Anthropology Quarterly*, 9,3: 335-56
- Kopffman, J.E. & S. W. Smith. (1996) "Understanding the Audiences of a Health Communication Campaign: A discriminant Analysis of potential Organ Donor based on Intent to Donate", *Journal of Applied Communication Research*, 24: 33-49.
- Kopytoff, I. (1991) "La biografía cultural de las cosas. La mercantilización como proceso" en Appadurai, A. (Ed.) *La vida social de las cosas. Perspectiva cultural de las mercancías*. México D.F: Grijalbo.
- Landowski, E. (1993) *La sociedad figurada*. Puebla: Fondo de Cultura Económica.
- Le Breton, D. (1995) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Locke, L.F. et al. (1987) *Proposals that work*. Newbury Park: Sage.
- Mauss, M. (1990) *The Gift. The Form and Reason for Exchange in Archaic Societies*. New York: W.W. Norton.
- Maxwell, J.A. (1996) *Qualitative Research Design. An interactive Approach*, Thousand Oaks: Sage.
- McNamara, P. and C. Beasley (1997) "Determinants of Familial Consent to Organ Donation in the Hospital Setting", en Ceca and Terasaki (Eds.) *Critical Transplants: Los Angeles: UCLA Tissue Typing Laboratory*.
- Perez San Gregorio, M.A. et al. (1992) "The Attitude Toward Death Influences the Donation of Organ in Intensive Care Units", *Transplantation Proceedings*, 24, 1: 24.
- Prottas, J. (1993) "Altruism, Motivation, and Allocation: Giving and Using Human Organs", *Journal of Social Issues*, 49,2: 137-150.
- Prottas & H.L. Batten (1989) "Neurosurgeons and the Supply of Human Organs", *Health Affairs*, 8,1: 119-131.
- Ravioli, J. (1993) "Sobre la necesidad de una definición legal de la muerte", *Prensa Médica Argentina*, 80:712-717.

- Sautu, R. (2003) *Todo es Teoría*. Buenos Aires: Lumiere.
- Ritzer, G. (1995) *Teoría Sociológica Contemporánea*. Madrid: MacGraw Hill.
- Sharp, L. (1995) "Organ Transplantation as a Transformative experience: Anthropological Insights into the Restructuring of the Self", *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, 9, 3.
- Shilling, C. (1997) *The body and Social Theory*. London: SAGE.
- Silverman, D. (2000) *Doing Qualitative Research. A Practical Handbook*. London: Sage.
- Sque, M. & S. Payne (1996) "Dissonant loss: the experience of donor relatives", *Social Sciences and Medicine*, 43:9: 1359-1370.
- Strauss, A. & J. Corbin (1991) *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory, Procedures and Techniques*, Newbury Park: Sage.
- The Partnership for Organ Donation (1993) *The American Public's Attitudes Toward Organ Donation and Transplantation*. Boston, Massachusetts.
- Thomas, L. V. (1991) *La muerte. Una lectura cultural*, Barcelona, Paidós.
- Triandis, H. (1994) *Culture and Social Behavior*, Mac Grow-Hill, Inc. Series in Social Psychology.
- Turner, V. (1980) "Entre lo uno y lo otro. El período liminar en los ritos de passage", en *La selva de los símbolos*, Madrid: Siglo XXI.
- Van Gennep, A. (1984) *The Rites of Passage*, USA, The University of Chicago Press.
- Williams, S. J. & M. Calnan (1996) "Modern medicine and the lay populace: Theoretical perspectives and methodological issues", en Williams, S.J. & M. Calnan: *Modern medicine. Lay perspectives and experiences*. London: UCL Press.
- Wuthnow, R. (1987) *Meaning and Moral Order: Explorations in Cultural Analysis*. Berkeley: University of California Press.
- Youngner, S. (1992) "Organ donation and procurement", en Craven, J. & Rodin, G. (Eds): *Psychiatric Aspects of Organ Transplantation*, Oxford: Oxford University Press.

Notas

¹ La primera versión de este trabajo fue elaborada en el año 2000, como un documento de circulación restringida para la cátedra de Metodología de la Investigación Social dirigida por la Prof. Ruth Sautu, Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

² Se trata del proyecto "Razones y creencias en torno a la donación de órganos para trasplantes" dirigido por Ruth Sautu, que contó con financiamiento del CONICET (PIP 4532) y de UBACyT (CTS 039). Correspondió a mi beca de perfeccionamiento de UBACyT, y colaboró como asistente de investigación Nora Liberalotto. Los resultados completos del estudio han sido publicados en Freidin (2000).

³ La forma final de la perspectiva teórica del estudio puede consultarse en Freidin (2000) y Freidin (2003).

⁴ El término "concepto sensibilizador", acuñado por Blumer (1969), refiere al uso que se hace de los constructos teóricos en la investigación cualitativa. Los mismos no son tratados de manera operacional sino orientadora, como guías de referencia que sensibilizan la interpretación de los datos y permiten ver la manifestación del concepto en las circunstancias específicas del estudio.

⁵ La bibliografía internacional sobre el tema destaca la gran brecha existente entre la aceptación generalizada de la práctica del trasplante y de la donación de órganos y tejidos, y el escaso número de personas que firman en vida la autorización para la ablación *postmortem*, así como el alto porcentaje de negativa familiar una vez producida la muerte del ser querido (Kopffman & Smith, 1996; Prottas, 1993; Sque & Payne, 1996; Joralemon, 1995, 1996; McNamara & Beasley, 1997; entre otros). Entre los principales obstáculos en la disposición a donar órganos, los estudios de referencia destacan los miedos en torno a la muerte, en particular a la declaración prematura de la muerte encefálica, así como la presencia de información errónea o el desconocimiento de dicho criterio médico de fin de la vida; los miedos en torno al acto de firmar en vida la autorización para la remoción de órganos, así como creencias religiosas o espirituales más amplias sobre lo que le sucede al ser humano tras su muerte física (Franz et al., 1997). En lo que respecta a la representación del cuerpo muerto y el valor simbólico que se le atribuye, se subraya que las personas con menor disposición a donar asocian la ablación con la idea negativa de vaciamiento y descuartizamiento del cuerpo, así como con un sufrimiento adicional de la persona que murió (Prottas, 1993; Sque & Payne, 1996).

⁶ Esta perspectiva general es la que orientó e integró en este nivel de mayor generalidad-abstracción teórica los diferentes estudios que integraron el Proyecto "Las clases sociales en el Área Metropolitana de Buenos Aires" dirigido por la profesora Ruth Sautu (Ver Sautu, 2003).

⁷ Esta premisa ontológica coincide con nuestros supuestos más generales sobre la acción social y por lo tanto hace posible la integración teórica de distintas perspectivas y niveles de conceptualización para estudiar un fenómeno específico.

⁸ Tal como lo definen Berger y Luckman (1983), los universos simbólicos, en tanto matrices de significados objetivados socialmente y subjetivamente reales otorgan coherencia tanto a las situaciones más cotidianas de la vida social como a las marginales. La experiencia de la muerte de los otros y la anticipación de la propia plantean la situación humana marginal por excelencia; por lo tanto su integración en un universo simbólico proporciona a los individuos una receta para la muerte "correcta."

⁹ En 1968, un Comité Médico *ad hoc* de Universidad de Harvard estableció los fundamentos del criterio de muerte cerebral que se utiliza hoy en día para determinar la muerte de una persona, no atendiendo ya a la definición cardíaco-pulmonar sino a la evidencia de daño cerebral irreversible. Se desarrolló de este modo el concepto de muerte cerebral: "el concepto genérico es aquel que sostiene que un individuo debe ser considerado muerto cuando todo su encéfalo lo está, aun cuando su respiración y su circulación puedan ser mantenidas artificialmente (Ravioli, 1993:713)¹⁰". La finalidad de establecer una nueva definición de muerte fue la toma de decisiones sobre la interrupción de cuidados intensivos (ayudas artificiales funcionales mediante respirador y otras medidas terapéuticas) así como su mantenimiento para permitir la extracción de órganos para trasplantes de personas ya declaradas muertas (Jonas, 1997; Youngner, 1992).

¹⁰ Así sucede en la mayoría de los países en los que existe la práctica del trasplante de órganos humanos. Sin embargo en los países desarrollados se ha planteado un debate público acerca de la "conveniencia" de tratar a los órganos como regalos o como mercancías a partir de la discusión de diversos incentivos económicos para incrementar la tasa de donantes (ver Joralemon 1999).

¹¹ Fox & Swazey (1992).

¹² Expresamos los objetivos en términos de interrogantes acotados de investigación siguiendo el planteo sugerido por Maxwell (1996) para los diseños cualitativos. Las preguntas constituyen el núcleo articulador y guía del diseño y pueden considerarse sus objetivos específicos.

Elvira Andrea Jerez Turnzalida
AGRADECIMIENTOS

Capítulo 2

Cultura política en tiempos de crisis. Confianza en las instituciones y satisfacción con la democracia¹

Ruth Sautu e Ignacia Perugorria

Introducción

Como afirman Power y Clark (2001:51-2), la cultura política puede ser descrita en términos generales como un conjunto de actitudes, sentimientos y orientaciones de valor hacia la política que están presentes en una determinada sociedad, en un determinado momento. El presente capítulo se centra en una de las principales preguntas de la teoría de cultura política; su principal objetivo es analizar la relación entre confianza en actores e instituciones políticas y económicas y el nivel de satisfacción que los ciudadanos poseen con respecto al funcionamiento del sistema democrático argentino. Nuestro capítulo posee también un segundo objetivo de índole metodológica; mostrar los beneficios del uso del análisis factorial y los modelos de regresión jerárquicos para el estudio de estos temas, y describir detalladamente los pasos a seguir en la utilización de estas técnicas y en la interpretación de sus resultados (Anexo III). Los datos provienen de una encuesta realizada a una muestra aleatoria de 400 residentes de clase media de Buenos Aires durante los meses de octubre y noviembre de 2002.

Varios autores han señalado que la confianza interpersonal está causalmente relacionada a la sustentabilidad de la democracia, aunque la dirección de causalidad en tal relación permanece aún bajo debate. Almond y Verba (Power y Clark 2001:53) destacan la aparente correlación entre confianza social y confianza en las instituciones democráticas, y afirman que la existencia de ciudadanos con altos niveles de confianza constituye una faceta vital para la legitimidad del régimen democrático. En un estudio comparativo de 41 países, Inglehart (1997:180-1) demuestra que el "bienestar subjetivo" y la confianza están íntimamente relacionados con la estabilidad de las instituciones

