

# Construcción de la salud como hecho sociológico. Paradigma teórico y metodología

Selene Alvarez Larrauri\*

**RESUMEN:** *Se propone un modelo de investigación de las prácticas de salud que parte de la claridad epistemológica y pondera el papel del investigador en la interpretación de abstracciones cualitativas o cuantitativas. Se conjugan la Lógica de la Práctica de Bourdieu y la Teoría Fundamental de Glaser y Strauss, basada en el procedimiento de "razonamiento hipotético" de Pierce. Se ilustra el proceso metodológico con un estudio que relaciona la salud y la enfermedad con la estructura social y la percepción del mundo que guía las prácticas de mujeres campesinas en Veracruz. Se muestra cómo la incorporación embodiment de las desigualdades de género y clase, no tiene consecuencias sobre la salud, sino que fomenta incapacidades aprendidas y diluye responsabilidades públicas y privadas.*

**ABSTRACT:** *This paper proposes a model for health practices research based on epistemological clarity which ponders the role of the researcher in the interpretation of qualitative and quantitative abstractions. Bourdieu's Logic of Practice is combined with Glaser's and Strauss' Grounded Theory, based on Pierce's "hypothetical reasoning". The methodological process is illustrated in a study which relates health and sickness with social structure and the perception of the world that guide the practices of peasant women in Veracruz. The embodiment of social and gender inequities has no consequences in health, it promotes learned incapacities and dilutes private and public responsibilities.*

Existen múltiples críticas a la utilización del modelo médico como paradigma de estudio del hecho social [Buchanan, 1994], y sin embargo, el uso de teorías sociológicas en la investigación de las prácticas de salud ha sido deficiente, reduccionista, fragmentario y enfocado a comportamientos [Van Parijs, 1977] y programas educativos de dudosa efectividad [Hochbaum, Sorenson y Lorig, 1992]. Las políticas públicas de mejoramiento de la salud se nutren de resultados provenientes de modelos de investigación e intervención basados en la epidemiología [Rhodes, Stimson y Quirk, 1996], la psicología y la educación; o bien, en aspectos aislados de las teorías sociales, por ejemplo, las redes sociales de ayuda o el estudio de la cultura [Piper y Brown, 1998]. Se trata de acercamientos que ponen el acento en la

\* INAH-Veracruz

información, los factores intra-inter personales, las representaciones, la percepción y aprendizaje del consumidor, la planeación del comportamiento y la emotividad en relación con los comportamientos de riesgo [Genius y Genius, 1995]. Conciben a los agentes sociales como sistemas autorreguladores que intentan alcanzar objetivos particulares guiados por patrones culturales o por la información que proporcionan los terapeutas.<sup>1</sup> Este trabajo propone un modelo de investigación sobre la construcción social de la salud y la enfermedad en relación a un espacio estructurado y a los principios de percepción y apreciación del mundo que guían las prácticas para que las alternativas en salud para las mujeres [Merchan-Hamman, 1999] —que siguen sufriendo los estragos de enfermedades totalmente prevenibles—,<sup>2</sup> sean un instrumento significativo.

Hoy en día hay múltiples corrientes y polémicas sobre distintas teorías, metodologías, recolección de datos y procesamiento de los mismos. Podría decirse que hay un acuerdo general en que el investigador realista trata de establecer cuáles son los elementos causales de un problema y propone estructuras subyacentes. El interprete, por su parte, buscaría los significados intersubjetivos desde los cuales tejer marcos de significación que guían la acción. Así, se reconocen dos formas generales, básicas, de posturas y procesos explicativos o procesos científicos del hecho social. Por un lado, lo que se ha llamado inducción neo-analítica; por el otro, el acercamiento orientado a casos. El primer acercamiento se utiliza generalmente para estudiar procesos dinámicos e interacciones, para explicar. El orientado a casos es utilizado para comprender un fenómeno a través de similitudes, comparaciones y relaciones entre conceptos y categorías. En general, se supone que el primero utiliza metodologías cuantitativas y el segundo cualitativas, mismas que corresponderían a paradigmas teóricos claramente definidos. A pesar de este acuerdo general, en la práctica hay muchas combinaciones. Algunas estudios sobre los paradigmas y procesos de construcción del objeto social y las correspondencias y diferencias entre metodologías cualitativas y cuantitativas —realizadas sobre investigaciones socia-

<sup>1</sup> Existen también otros modelos que integran elementos del contexto social con teorías del aprendizaje de una manera fragmentada; por ejemplo, el Modelo de Creencias en Salud, la Teoría del Aprendizaje Social, los Estados de Cambio, la Difusión de Innovaciones, el Cambio Organizacional, etcétera.

<sup>2</sup> Pobreza, crisis económica, marginación, conflictos sociales, carencia de oportunidades y de participación política, se suman a las desigualdades de clase y de género, en una construcción social de la salud independiente de las mujeres y sin que éstas tengan el derecho y/o la capacidad de decidir sobre su cuerpo. Los índices de salud reproductiva son sólo la punta del iceberg: cerca de 12 millones de mujeres en edad reproductiva tienen múltiples embarazos de los cuales el 50% son no deseados, 30% de éstos terminan en aborto (2.3 por mujer), cuatro muertes diarias relacionadas con el embarazo y el parto (19% en edades de 15 a 24 años), una de las cuatro por aborto y 40 muertes perinatales por 1 000 nacidos. Además, hay una alta mortalidad por cáncer, por enfermedades de transmisión sexual, y los casos de SIDA en mujeres van en aumento [García, *et al.*, 1993]. Instituto Nacional de Perinatología, *Anuario Estadístico*, México, 1990; Instituto Guttmacher, *Aborto Clandestino: Una realidad latinoamericana*, Nueva York, 1994; "Mortalidad materna", en Sistema Nacional de Salud, *La salud de la mujer en México*, cifras concentradas, Programa Nacional, Mujer, Salud y Desarrollo, México, 1990.

les y psicológicas publicadas— han llegado a la conclusión de que cualitativo y cuantitativo no son etiquetas que correspondan a paradigmas teórico-filosóficos comprensivos y a una coherencia interna con determinadas metodologías y/o métodos de obtención de datos; sino que existen diversos estudios que hacen todo tipo de combinaciones [Hammersley, 1996; Halfpenny, 1997]. Estos han sido catalogados según sus acercamientos teóricos en tres grupos: 1) Los que manejan la explicación y la comprensión como paradigmas opuestos, ubicando y expresando su postura frente a las teorías, 2) Los que manejan simultáneamente la comprensión y explicación del mundo social, articulando claramente las oposiciones entre teorías, 3) Los que combinan acercamientos incompatibles, implicando distintas concepciones teóricas, sin transparencia.

Ahora bien, aunque los trabajos analizados pueden catalogarse en relación a su posición teórica, ninguna clasificación puede hacerse en relación a su correspondencia con determinadas metodologías. Los autores concluyen que la producción de conocimiento es muy rica y que existe una independencia entre enfoque teórico, procedimientos metodológicos y métodos de recolección, y que no hay paradigmas comprensivos con coherencia metodológica propia que puedan llamarse cualitativo o cuantitativo. Hay investigaciones que tienen metodologías cualitativas o cuantitativas, que a su vez implican diferentes métodos para la obtención de datos; pero esta diferenciación no corresponde a acercamientos teórico-filosóficos, ni de manera exclusiva, ni de manera excluyente. Incluso, determinan que las diferencias más evidentes entre lo cualitativo y lo cuantitativo tampoco son tales. Por ejemplo, se destacan las similitudes que existen entre palabras y números. Tanto la investigación cuantitativa como la cualitativa utilizan números y palabras derivadas de la riqueza de la experiencia abstractiva que excluye contexto y contenido. Tanto los datos cuantitativos como los cualitativos son representaciones de la realidad y la diferencia entre ambos es relativamente superficial. Los números son más cortos (puede ser que más precisos) que las palabras y más fácilmente manipulables. De todos modos, después de trabajar ambos tipos de datos para construir explicaciones y comprensiones, hay que interpretar los resultados, agregándoles contexto y contenido. Aún más en el caso de los datos cuantitativos que en el de los cualitativos. Entonces, lo que es importante y reconocido como fundamental es la coherencia interna de las investigaciones y no tanto la etiqueta de cualitativo y cuantitativo. Se trata de una coherencia entre acercamiento teórico, procedimientos metodológicos de investigación y métodos de obtención de datos, que se generan para construir el objeto social [Fielding y Lee, 1997].

### LA CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD COMO HECHO SOCIOLÓGICO<sup>3</sup>

La teoría social de Pierre Bourdieu sobre la cual basamos esta propuesta de trabajo, la Lógica de la Práctica integra los paradigmas estructuralista y constructivista, aparentemente contradictorios, en dos momentos de análisis del mundo social y trata de dar cuenta de esta realidad intrínsecamente doble. En un primer movimiento se deshace de las representaciones ordinarias a fin de construir el espacio objetivo de lo social con base en las posiciones de los agentes. La posición social está dada por la posesión de distintos capitales (económico, social, cultural y simbólico) que dan cuenta de la distribución de los recursos sociales y que definen los límites exteriores objetivos que pesan sobre las interacciones sociales y las representaciones. En un segundo movimiento, reintroduce la experiencia misma de los agentes (*habitus*) y explicita las categorías de percepción y de apreciación del mundo (disposiciones) que guían y estructuran sus acciones y prácticas. Para Bourdieu, no es suficiente sobreponer una fenomenología a una tipología social, es necesario relacionar los esquemas de percepción e interpretación con las estructuras exteriores de la sociedad, debido a que existe una correspondencia entre éstas y las divisiones objetivas del mundo social desigual y conflictivo [Bourdieu, 1992]. Considera, a su vez, que el problema de la investigación social no reside en los métodos sino en la explicación clara del paradigma. Para el autor, todo trabajo implica una reflexión epistemológica, un estudio crítico de los principios, hipótesis y resultados de su ciencia para determinar su origen, su valor y sus subjetividades. La sociología de los determinantes sociales de la práctica de las ciencias sociales es la única manera de liberarla de sus determinaciones y sólo sometiéndose continuamente a este análisis la sociología puede producir una ciencia rigurosa del mundo social, que lejos de condenar a los agentes a la caja de fierro de un determinismo rígido, les ofrezca los medios de una toma de conciencia potencialmente liberadora. Delinea su posición epistemológica de manera clara en su concepción del papel del sociólogo o antro-

<sup>3</sup> La dificultad teórica en el estudio de la salud consiste en qué tanto la percepción del cuerpo y las prácticas curativas o preventivas —como lo que se entiende por salud y enfermedad— son construcciones sociales complejas que cambian en el tiempo según el contexto político y la posición social de los grupos, los agentes y sus representaciones. Se trata, sin embargo, de construcciones que se van formando históricamente y no de maneras arbitrarias, ni aleatorias. Ante el parámetro de salud de la medicina moderna, los estudios han tendido en general a excluir la salud de las personas como dato corporal para hacer una descripción exhaustiva de las prácticas y los sistemas de representación; o bien, han tomado las definiciones de salud del modelo médico como verdades objetivas. Existe la necesidad de partir de una postura epistemológica que no encierre el proceso de construcción del objeto dentro de las dicotomías clásicas o lo aprisione dentro de alguna disciplina. Pensamos que Bourdieu y Pierce coinciden en una perspectiva similar y complementaria que piensa el espacio social no como dicotomía, sino como una estructura “estructurante”, reproducida por los agentes sociales. Coinciden también en las dificultades de la postura del investigador ante el objeto y en sus responsabilidades y alternativas.

pólogo, ubicándola en dos principios básicos: romper con el sentido común, por un lado, y construir el hecho sociológico, por el otro. Afirma que el hecho social se conquista, se constata y se construye separando un sector de la multiforme realidad, seleccionando ciertos elementos, y descubriendo detrás de las apariencias, un sistema de relaciones propio del sector estudiado. Los objetos científicos no son aquellos de los que uno parte; pasar del hecho social al hecho sociológico supone obrar un proceso que reposa sobre etapas que pueden separarse para fines de exposición. Sin embargo, subraya que el espíritu del trabajo científico no debe ser una operación lineal ya que durante la investigación, la problemática puede ser modificada, las hipótesis renovadas y las variables reconsideradas. No se trata de confundir transparencia en la construcción del objeto con chalecos metodológicos [*ibid.*]. Por su parte, Charles Sanders Pierce, en su voluntad de abrir una alternativa al cartesianismo, propuso también poner en evidencia el carácter intersubjetivo y la creatividad en la formulación de hipótesis científicas. Así, introdujo la abducción, distinguiéndola de las inferencias deductiva e inductiva:

La abducción es el proceso por el cual uno forma una hipótesis explicativa. Es la única operación lógica que nos permite introducir una idea nueva, ya que la inducción sólo determina un valor y la deducción desarrolla solamente las consecuencias necesarias de una hipótesis pura [Pierce, 1999].

Se trata de una idea nueva que está a medio camino entre la recepción puramente pasiva de las impresiones sensoriales y el intercambio intersubjetivo que permite explicar las hipótesis. Lejos de un regreso a lo pre-reflexivo, la abducción es la posibilidad de construir una libertad tanto sobre la presión de la realidad percibida, como del peso de las interpretaciones tradicionales [Hans, 1999]. La Teoría Fundamentada *Grounded Theory* [Strauss y Corbin, 1991] que se derivó de los trabajos de Pierce, John Dewey y George Herbert Mead [Dewey, 1917], es una metodología idónea para la construcción del hecho sociológico que complementaría la teoría de Bourdieu. Se trata de un acercamiento a la realidad social que permite analizar sistemáticamente los datos e ir construyendo abstracciones significativas y compatibles con la teoría y posición filosófica que guían la observación. Es una forma de crear un nuevo conocimiento que se reproduzca y que atienda a los criterios de coherencia, rigor y validación. Permite exponer con claridad los conceptos teóricos con los que el investigador se acerca a la realidad, explicitando concepciones y aislando prejuicios. Bourdieu considera que la teoría seleccionada no representa una red totalmente acabada de proposiciones explícitas, a partir de las cuales se pueden formular relaciones precisas que serán probadas empíricamente, sino que se trata de un "marco heurístico" que ayuda a enfocar los fenómenos empíricos. La teoría, la metodología, la recolección de datos y el análisis están en relación constante entre

ellos y el proceso de construir conocimiento se da a partir de los fenómenos —que se han representado con claridad epistemológica de antemano—, a través de una cuidadosa recolección y análisis de los datos, y de ir descubriendo, desarrollando y verificando provisionalmente, las relaciones previstas entre éstos (hipótesis), teniendo siempre como guía la teoría seleccionada [Strauss y Corbin, *ob. cit.*]. Es importante mencionar que la postura empírica de algunos metodólogos ha enfatizado que la investigación cualitativa y el proceso de teorización puede realizarse directamente a partir de los datos recogidos en el trabajo de campo. Esta posición parte de la premisa de que el investigador puede acercarse al objeto de estudio sin una conceptualización previa del mismo y ha sido alimentada por los primeros trabajos de Glaser y Strauss,<sup>4</sup> en ellos se proponía la elaboración de teorías sin partir de ningún concepto teórico [Glaser y Strauss, 1967]. Actualmente, estos autores reconocen lo que Lakatos postuló [1982]: no existen sensaciones que no estén impregnadas de curiosidad. Por otro lado, coinciden en que la aplicación del paradigma teórico o de los códigos teóricos en los datos empíricos debe basarse en la lógica de producción de conocimiento del razonamiento hipotético de Pierce, que no es ni deductiva, ni inductiva. Diseñaron un proceso de trabajo que parte de la inducción cualitativa *qualitative induction* y se complementa con la inferencia abductiva *abduction* [Hanson, 1965]. Con la inducción cualitativa un fenómeno empírico es descrito, comprendido o explicado, asumiéndolo dentro de una categoría que se designa con relación a un concepto teórico heurístico. El proceso de inferencia abstractiva *abductive* ayuda a construir nuevas categorías o relaciones entre éstas sobre eventos que no pueden categorizarse y que llevan a una explicación teórica novedosa. La inferencia abstractiva combina de una manera creativa lo nuevo e interesante de los datos empíricos con el conocimiento teórico previo. Los conceptos heurísticos nos sirven para formular hipótesis que orienten sobre cómo se relacionan las categorías, además, funcionan como lentes para la percepción del mundo empírico [Merton, 1957]. Según Keller, existen por lo menos tres tipos de conceptos heurísticos. Los primeros se derivan de las teorías, los segundos se refieren a los nuevos eventos y los terceros son conceptos que van resultando de distintas investigaciones. Un ejemplo de los primeros los conceptos centrales de la “lógica de la práctica” de Bourdieu, el de *habitus* y *campo*. Son conceptos abstractos que definen cómo pensamos que funciona lo social y qué diferencias tiene con otras teorías:

<sup>4</sup> Tanto Glaser como Strauss reconsideraron posteriormente su posición y en sus trabajos recientes han integrado los conceptos teóricos que se utilizan en el análisis cualitativo para estructurar las observaciones empíricas. Anselm Strauss junto con Juliet Corbin [1990] diseñaron un modelo de paradigma. Consideran que su modelo representa una teoría general que sirve para construir un esqueleto o “axis” para el desarrollo de teoría fundamentada. Incluso aceptan abiertamente que hay que consultar y utilizar la literatura previa antes de estudiar un problema. Glaser, repudió los nuevos conceptos de Strauss pero para llegar a una propuesta similar. Este autor propone “códigos teóricos” que representan los conceptos que el investigador tiene independientemente de los datos empíricos [Valley, 1992].

1. Los agentes o *habitus* son operadores de integración cognitiva, con posiciones objetivas en el espacio social, que interiorizan un orden arbitrario y lo reproducen a través de sus prácticas, las cuales son a su vez, guiadas por los esquemas de clasificación socialmente constituidos. Todos nosotros construimos activamente la realidad social, lo que sucede es que estos esquemas se toman como naturales y necesarios y no como productos históricamente contingentes de relaciones de fuerza entre grupos, clases, etnias, géneros, etcétera;
2. El *campo* es el concepto complementario del *habitus* que da cuenta de la relación individuo-sociedad. Se concibe como un campo magnético, como un sistema estructurado de fuerzas objetivas, una configuración relacional dotada de una gravedad específica, la cual es capaz de impregnar a todos los objetos y *habitus* que se relacionan con él. Se trata de un espacio de concurrencia análogo a un campo de batalla, donde los participantes rivalizan en su objetivo de establecer un monopolio sobre la esencia específica de capital que les resulta eficiente: la autoridad cultural en el campo artístico, la científica en el campo científico, la sacerdotal en el religioso, la médica en el de salud. Todos los campos se presentan como una estructura de probabilidades, de recompensas, de ganancias, o de sanciones que implican todos los días un cierto grado de indeterminación. La regularidad y la previsibilidad están dadas no por la imposición mecánica de la acción por parte de las estructuras externas, sino a través del *habitus* que es el mecanismo que opera como principio organizador y generador de las estrategias que le permiten en cuanto agente enfrentar estructuras externas muy distintas y reproducirlas. Producido, a su vez, por la interiorización, incorporación o *embodiment*, de las estructuras sociales, el *habitus* reacciona a las solicitudes del campo de una manera coherente y sistemática. Un *campo* consiste en un conjunto de relaciones objetivas históricas entre posiciones ancladas en ciertas formas de poder. Es como un juego donde los jugadores poseen cartas jerárquicamente diferenciadas según las diferentes especies de capital (económico, cultural, social y simbólico) que varían en los diferentes campos. Las nociones de capital y de campo son estrechamente interdependientes; las cantidades y los tipos de capital son como los colores y cantidades de las fichas en el juego de póker. El *habitus*, por su parte, toma la forma de un conjunto de relaciones históricas depositadas en el seno de cuerpos individuales bajo la forma de esquemas de percepción, de interpretación y de acción. Las estrategias y las fuerzas relativas de los *habitus* van a diferir según sus posiciones en el espacio social —dadas por la cantidad de capital de los distintos tipos— y su evolución histórica, su trayectoria tanto de volumen como de estructura de su capital, y las disposiciones que se han constituido en la experiencia vivida en relación con la estructura objetiva de opciones en los distintos campos. Así, una sociedad diferenciada no es una totalidad integrada por

funciones sistemáticas, una cultura común, conflictos entrecruzados o una autoridad global, sino que consiste en un conjunto de esferas de juego relativamente autónomas que no están ligadas a una lógica social única, ya sea la del capitalismo, de la modernidad o de la posmodernidad. Estos “órdenes de vida” económicos, políticos, religiosos, estéticos e intelectuales en los que lo social se divide en el capitalismo, prescriben valores particulares y poseen sus propios principios de regulación y sus historias de luchas y conflictos [Bourdieu y Waquant, *ob. cit.*]. Bajo esta perspectiva teórica, el estudio de cualquier hecho social implica necesariamente la concepción específica del campo en el que se ubica, para entender cómo los *habitus* guían sus estrategias y prácticas con base en las disposiciones interiorizadas dentro del mismo juego de relaciones. Didier Fassin ha teorizado el concepto heurístico de “campo de la salud” caracterizándolo como un espacio dinámico formado por cuatro elementos: las relaciones de poder que sostienen la estructura de un campo, la articulación de las esferas pública y privada que resulta de un proceso histórico y es expresión de lo político, el control de las decisiones y acciones que corresponden al nivel específico de la intervención política y la orientación invocada en nombre del bien colectivo que legitima la puesta en obra de las relaciones de fuerza políticas.<sup>5</sup> La dinámica anterior se expresa en: 1) Los cuerpos: a través de diferencias inscritas en los cuerpos de los *habitus*. Estas diferencias, que los exponen a riesgos ante la enfermedad y a opciones de cuidado que determinan distintos resultados en salud, obedecen a desigualdades de orden social; 2) Los terapeutas: en todas las sociedades existen personas encargadas de atender los malestares que están acreditados para llevar a cabo tal práctica; ya sean chamanes, médicos particulares, servicios médicos, etcétera; 3) Las respuestas colectivas a la enfermedad como los rituales de purificación, los programas de prevención y otros, en los cuales la eficacia representa una prueba para la autoridad establecida. En lo referente a la concepción teórica de las disposiciones que guían las estrategias y las prácticas de los *habitus* en relación con la salud y a la enfermedad, Claudine Herzlich estipula que provienen de la experiencia vivida en el campo de la salud, y no de la cultura, ni de sus situaciones de riesgo. La interpretación se organiza a través de una percepción selectiva, a veces esquemática o deformante, mediada por su propia vivencia en este campo y no directamente con la aplicación de representaciones culturales

<sup>5</sup> La sanción del médico está también dada a través del campo político que determina la distribución de responsabilidades públicas al campo de la salud, con base en las habilidades técnicas que le permiten jugar un rol en el seno de un problema sanitario colectivo y tener las prerrogativas de controlar o intervenir en la producción de normas individuales. No es en el hecho curativo en sí que se plasma lo político sino en la relación con el campo que organiza un dispositivo nacional de salud pública, con profesionales sancionados por el Estado y el establecimiento de reglas de comportamiento privado en materia de consumación alimentaria, sexual, etc., que éste debe asegurar.



más generales [Herzlich, 1969]. El campo de la salud tiene un rol determinante en las disposiciones de los *habitus* pues media entre los síntomas orgánicos, que prolonga y coordina, y las consecuencias físicas y psicológicas que engendra en los agentes. La conformación de la imagen que organiza lo que está pasando y le da sentido, a las estrategias y a las prácticas, es individual y colectiva al mismo tiempo y puede objetivarse en el espacio social conflictivo.

La disposición interpretativa de la salud y la enfermedad se construye sobre distintos planos: 1) la experiencia corporal, 2) las nociones que dan cuenta de ella y 3) las normas de comportamiento que se derivan. La intersubjetividad es resultado de la experiencia ante la enfermedad y la salud y se va tejiendo en el lenguaje mismo de las relaciones del individuo con la sociedad. Para el agente social, la actividad (o inactividad) y la participación social (o exclusión) son lo que determina el sentido de su experiencia, con base en éstas construye las nociones lógicas utilizadas para diferenciar la salud de la enfermedad, e interpreta lo que le pasa. Estar bien o estar enfermo—en el individuo activo o inactivo en la sociedad—es la norma que permite dominar la incertidumbre de lo inorgánico informulable. Determina, las normas de conducta y las prácticas ante el estar bien y el estar enfermo. La certidumbre que hay que controlar es aquélla de la identidad social del sujeto amenazado por la enfermedad. Es porque la interpretación se da en la relación a la sociedad y al campo de la salud, que los fenómenos corporales, los signos orgánicos, en particular, son percibidos de manera aislada y no actúan como organizadores. Éstos tienen un rol localizador no muy claro “me duele aquí” y no se organizan en estructuras coordinadas sino que forman adiciones inestables, que por ser significantes deben de integrarse en otro conjunto: las interpretaciones del enfermo [Herzlich, *ob. cit.*].

Las interpretaciones del enfermo son un material que se integra como segundo tipo de conceptos heurísticos. Se trata de indicadores de las estructuras mentales de los propios agentes que viven en el mundo social, de las disposiciones con las cuales organizan y reconstruyen su realidad. En general provienen de material textual discursivo de entrevistas abiertas, grupos de investigación acción, o cualquier otra forma de relación que implique una expresión de las mismas por parte de los agentes y son nombrados *in vivo*. Los indicadores empíricos que van surgiendo a lo largo del proceso de clasificación y análisis irán formando categorías que no están contempladas originalmente, pero que en el transcurso del trabajo demuestran su pertinencia y su significancia con relación a los conceptos heurísticos de primer tipo. Por ejemplo:

Mire, cuando me puse mal, nosotros éramos muy pobres, bueno ahora también pero no como antes, ahora ya tengo mis cosas y comemos mejor, pero éramos pobres, además que mi marido era muy irresponsable y nunca se interesó de cómo me sentía ni me pregunta-

ba ni nada, y nunca sabía de cuando me sentía mal porque como no le daba importancia, me decía que se me iba a pasar y que me aguantara, que por eso era uno mujer y que por algo nosotras como mujeres éramos las de los embarazos.<sup>6</sup>

El tercer tipo de conceptos son parecidos a los que se utilizan en la investigación hipotético-deductiva. Se trata de conceptos heurísticos que dan lugar a categorías desarrolladas por otros investigadores y que pueden ser relacionadas con los propios datos empíricos y el parámetro teórico utilizado de manera significativa y coherente. Difieren de las variables utilizadas en el paradigma hipotético-deductivo en que son resultado y no principio de la investigación. Varias investigaciones han estudiado la relación entre clase [Fonseca, 1997:5-13] y/o género [Kunkel y Atchley, 1996:294-296] con la salud, describiendo cómo la posición en el espacio social y las disposiciones de género están relacionadas con la salud [Santow, 1995:147-161]. Por ejemplo, la falta de apoyo en las redes sociales y el estrés está relacionado con inmunodepresión y la presión arterial [Thomas, 1997:324-330] y a una mayor vulnerabilidad en la salud reproductiva [Ríos, 1993:3-18].

Ahora bien, los conceptos heurísticos no son directamente verificables, por lo que hay que desglosar categorías pertinentes que podamos construir tanto con el material teórico como con el material empírico, siempre teniendo al concepto heurístico como guía. Los conceptos heurísticos tienen un papel como eje teórico y esqueleto, a los cuales se le agrega la "carne" de los contenidos empíricos construyendo categorías que relacionamos entre ellas.

El modelo de investigación aquí propuesto empieza con categorías derivadas de conceptos del primer y tercer tipo. Posteriormente procede a la construcción de categorías también del tercer tipo a través del análisis del material empírico (segundo tipo), interpretándolo con base en los conceptos teóricos del primer tipo. Las categorías las podemos caracterizar como definiciones que le vienen bien a diferentes tipos de realidades y no es necesario decir algo concreto para poder usarlas. Pero no pueden ser usadas para construir proposiciones nuevas sin la adición de información sobre hechos empíricos. Las categorías deben poder decir en pocas líneas cuál es su idea analítica central. Pueden dividirse en subcategorías y también formar un grupo de categorías que permitan construir una categoría más abstracta, que permite una identificación más compleja de un fenómeno.

La construcción del hecho sociológico se va a dar a través de las hipótesis. Estas se elaboran a partir de las afirmaciones teóricas, basadas en los conceptos de primer tipo, que posiblemente dieran respuesta a las preguntas iniciales que se hace el investigador. Son suposiciones de cómo se relacionan las categorías que dan cuenta

<sup>6</sup> Utilizaremos a manera de ejemplo de la utilización del modelo una investigación realizada en Zoncuantla, Veracruz [Alvarez-Larrauri, 2000].

de las relaciones intrínsecas del fenómeno estudiado. La idea es que los conceptos heurísticos sirvan de guía de explicación y comprensión pero siempre con la pregunta en mente de ¿qué está pasando realmente aquí? Se trata de ir creando un balance entre las relaciones complejas de la realidad y lo que está en la cabeza del investigador. Es importante mantener un esquema de escepticismo hacia las hipótesis y para que se estipulen como relaciones significativas, es necesario ir validando de manera repetitiva a través de ir relacionando datos empíricos, categorías y conceptos heurísticos. Es a través del muestreo teórico que se alcanza representatividad y consistencia de los conceptos heurísticos, no de las personas. El objetivo es construir una explicación teórica más fina sobre los fenómenos y las condiciones y relaciones que dan lugar a ellos, no determinar si las hipótesis son verdaderas o falsas.<sup>7</sup>

El proceso de validación de las hipótesis significa trabajar repetidamente el material textual. La organización del material textual es la base del proceso de clarificación y modificación de los conceptos teóricos de los que se partió, dando lugar a nuevas relaciones entre categorías y no a una aceptación o rechazo de éstas. El material textual se trabaja a través de la codificación como prerrequisito para una comparación sistemática que nos permita encontrar patrones de significado teórico de los hechos [Jorgenson, 1989]. Se trata de una codificación escalonada que va acompañando al proceso de análisis. Éste puede significar ruptura de un fenómeno en etapas, fases, o pasos, pero también denota una acción determinada o interacción que no es necesariamente progresiva, pero que refiere a cambios en las respuestas a las mismas preguntas. Para esta parte del proceso existen algunos programas de computación.<sup>8</sup>

La codificación se trabaja separando segmentos textuales y analizándolos de una manera hermenéutica, ubicando dimensiones, aspectos, características, etcétera,

<sup>7</sup> Una muestra en Teoría Fundamentada procede en un nivel teórico. No se trata de una muestra de grupos específicos, de individuos, unidades de tiempo y así sucesivamente, sino una muestra que de cuenta de los conceptos, sus propiedades, dimensiones y variaciones. Lejos de querer generalizar hallazgos a una mayor población, *per se*, la cuestión básica a la que nos enfrentamos es cómo capturar la complejidad de la realidad social que estudiamos de una manera significativa y convincente a través de la recolección de datos. El significado se va construyendo a través de un minucioso tratamiento de los datos y de interpretaciones subsecuentes que van permitiendo una densidad teórica capaz de dar cuenta de la complejidad de las relaciones detrás de los datos empíricos.

<sup>8</sup> A diferencia de las técnicas de análisis cuantitativas basadas en análisis estadísticos (por ejemplo, la regresión lineal), ninguno de los pasos de interpretación puede ser conducido a través de un sólo algoritmo. Por esto, el uso de programas de computación para el desarrollo de la teoría fundamentada no ha sido logrado totalmente ya que en cada uno de los pasos, el rol de la computadora se limita a un sistema de codificación y búsqueda (*code-and-retrieve*), mientras que la interpretación tiene que ser hecha por un ser humano. El programa Atlas Ti está diseñado con base en el acercamiento desarrollado por Glaser y Strauss e incluye una serie de técnicas y procedimientos sistemáticos de codificación y agrupación del material en memorandos que permiten al investigador desarrollar el trabajo más mecánico, mas no hace la interpretación.

que sirvan para determinar similitudes y diferencias para fines comparativos. El resultado de esta "dimensionalización" es una tipología de códigos que contiene el nombre que vamos asignando a los segmentos (o varios si su contenido lo amerita) para agruparlos en categorías y luego fincar hipótesis de relaciones entre éstas [Strauss, *ob. cit.*]. La tipología contiene códigos construidos con relación a categorías que provienen de los conceptos de primero, segundo y tercer tipo.

Existen varios tipos de codificación, la abierta, es la más temprana. Los códigos se desarrollan en términos de las propiedades y dimensiones que los ubican como pertenecientes por su significado a determinadas categorías teóricas definidas anteriormente. La codificación abierta surge de las primeras preguntas frente a la información. La más típica es ¿qué es esto? ¿a qué categoría pertenecería? Frente al material se tiene una idea de lo que se está buscando de acuerdo a la conceptualización teórica; así, se codifica por pertenencia si el segmento parece tener un contenido determinado y por constancia si se está repitiendo.<sup>9</sup>

Regresemos a la investigación mencionada en Veracruz<sup>10</sup> para ilustrar el proceso de codificación. Primero daremos un ejemplo de código abierto derivado de una categoría perteneciente a un concepto de primer tipo. La categoría de "capital cultural" se deriva del concepto heurístico de campo y permite, junto con los otros capitales, determinar la postura del *habitus* en el espacio social. Se refiere a los bienes de formación escolar, poseer un título, y también a los bienes culturales materiales, un cuadro, lo cual en principio nos da dos subcategorías de capital cultural, "educación formal" y "bienes culturales". El código "escuela", es un código abierto que pertenece a la subcategoría de "formación escolar" y va a tener variaciones según los distintos tipos de estudios que realizaron los *habitus*, escuela primaria, secundaria, etc. Sin embargo, la codificación de "bienes culturales" no fue implementada porque podía tener cuadros con valor monetario, y fue desechada como subcategoría porque no tenía sentido para el grupo social estudiado. Por otro lado, apareció de manera empírica un tipo de conocimiento aprendido por las mujeres a través de la experiencia de vida, que puede ser comprendido dentro de la categoría de "capital cultural". El material fue codificado según los tipos de conocimiento: trabajo, salud, género, etc., y se agrupó en la subcategoría de "disposición de educación informal".

<sup>9</sup> La codificación abierta atiende los siguientes elementos: 1) *Propiedades*. Las propiedades son los atributos o características que hace que pertenezca a una categoría. Son importantes para reconocer y agrupar sistemáticamente. Forman la base para relacionar categorías y subcategorías, y más tarde entre categorías y conceptos. Por ejemplo, las propiedades del color son: intensidad, sombra, etcétera, 2) *Dimensiones*. Las dimensiones son las propiedades pero vistas desde una perspectiva de continuación, largo, corto, mucho, poco.

<sup>10</sup> Estudio comparativo de casos, basado en historias de vida recolectadas en entrevistas abiertas hermenéuticas, subsecuentes y realizadas en pares, a 15 mujeres campesinas en edad reproductiva en Zocacuantla, Veracruz, México.

Mientras que la categoría de "capital cultural" y sus códigos surgieron directamente de los conceptos de primer tipo, los segundos códigos vinieron del material empírico, por lo que los llamamos códigos *in vivo*.<sup>11</sup> Una vez que teníamos un nuevo código *in vivo* que podía formar una categoría hubo que regresar al material ya codificado de manera abierta, para aplicarle una codificación selectiva, para trabajar todos los casos y poder hacer comparaciones. Este proceso es casi paralelo al de codificación abierta, pero es más consciente y preciso. Por ejemplo, al codificar de manera selectiva nos dimos cuenta que dentro de la subcategoría disposición de educación informal teníamos una gama de disposiciones relacionadas con la interpretación y prácticas ante las enfermedades que provenían del campo de la salud y que todas las mujeres consideraban un capital, pero que más parecía limitarlas ante los eventos. Surgieron los nuevos códigos: automedicación, rechazo a los servicios, responsabilización no ubicada, prácticas de distinción, intervención técnica sobre síntomas, carencia de prevención con información, etcétera, que se agruparon en una nueva categoría por ser intrínsecamente distinta y tener una idea analítica propia, "disposición en salud limitante". Regresamos nuevamente al material ya codificado para hacer una nueva codificación selectiva que incluso implicó en varios casos tener que regresar con las mujeres a realizar segundas y terceras entrevistas. Así se trabajaron todas las experiencias referidas por las mujeres y que ellas interpretaban como ligadas a su malestar físico y psicológico: la violencia, el alcoholismo, los problemas de salud reproductiva, las enfermedades que se han hecho crónicas por la falta de atención, la depresión, la desnutrición de los niños, etcétera.<sup>12</sup>

Lo anterior ilustra que estamos ante un proceso no lineal que puede volverse confuso en un momento dado debido a la cantidad de material y a la multitud de significados. Para que los patrones y regularidades encontrados ayuden a dar orden a los datos y asistan en la integración interpretativa durante el proceso, se tiene el *memorandum teórico*.<sup>13</sup>

<sup>11</sup> Los distintos códigos que van conformando la tipología, tanto *in vivo* como derivado de los conceptos de primer y tercer tipo, se conservan hasta que su peso, regularidad y claridad demuestran la importancia necesaria para ser agrupado en una categoría, siempre en relación con los conceptos heurísticos. Muchos de los códigos se desechan y se conservan solamente aquellos códigos que son pertinentes para las subcategorías y categorías, o que demuestran una importancia no prevista.

<sup>12</sup> La violencia fue el problema más constante e importante para las mujeres entre los integrantes del grupo familiar; golpes, abusos emocionales y sexuales, fueron vivencias que reportaron el 75% de las 15 mujeres entrevistadas.

<sup>13</sup> Los memorandos nos ayudan a organizar los distintos tipos de codificación de contenidos y su integración progresiva. Por ejemplo, para hacer comparaciones y agrupaciones tenemos que tener la información pertinente a cada caso en memorandos donde se registran pertenencia a una categoría, propiedades, preguntas generadas en el proceso analítico, etc.. Los memorandos empiezan con las primeras sesiones de codificación y continúan hasta el final de la investigación. No se refieren solamente a la clasificación y la organización, sino que están involucrados en la formulación y revisión de categorías, hipótesis y conceptos teóricos durante el proceso de la investigación. Incluyen lo que se va construyendo en todas las sesiones de codificación e interpretación y se vuelven cada vez más elaborados. Se ordenan y

El siguiente paso, una vez que se tienen las categorías llenas de material que ha sido previamente codificado —de manera abierta y selectiva— deriva en los primeros intentos de explicar las relaciones entre ellas o la construcción de hipótesis que se da a través de la codificación axial. La codificación axial es el proceso de análisis que se da al relacionar los conceptos teóricos, las categorías y la información empírica. Implica la “lógica de descubrimiento” de Pierce, que no es exclusivamente deductiva o inductiva, sino abductiva. Es una forma de razonar especial (razonamiento hipotético) sobre los datos empíricos cuya conclusión son las hipótesis que van surgiendo al tratar de dar cuenta del hecho social bajo estudio. Los memorandos que se van construyendo permiten organizar el cúmulo de posibles combinaciones y generar preguntas concretas. Por ejemplo, ante la pregunta ¿cómo se relaciona la “posición social” y “la disposición en salud limitante”?, fuimos buscando las suposiciones que tuvieran la posibilidad de contestar a la pregunta que nos hacíamos de manera provisional. Verificamos cómo se comportaba la relación hipotética en cada uno de los casos, las situaciones empíricas con su peso y presencia evidenciaron la respuesta más adecuada a la pregunta original. La hipótesis que prevaleció sobre esta relación fue que esta disposición no correspondía a tener un menor “capital cultural” o “capital económico”. Por otra parte, sí correspondía a la práctica de “atención de la enfermedad”, que se relaciona con un mayor capital económico. Pero resulta que la atención de la enfermedad coincidía con prácticas de distinción social provenientes de la posición en el espacio social, mas no con una mejor salud. También se formuló la hipótesis de que esta disposición se relaciona estrechamente con el “capital social”, que se caracteriza más por una dependencia de las mujeres a las decisiones de familiares que, como capital, se transforme en una mejor salud. La “disposición en salud limitante” apareció también más ligada a una incapacidad aprendida en relación a las experiencias con el campo de la salud, es decir a la categoría “prácticas que dependen de la experiencia con el campo de la salud”. Estas hipótesis tendrán que seguir siendo trabajadas en posteriores investigaciones. Nos quedan, como resultado del estudio, nuevas categorías de tercer tipo: “disposición en salud limitante” y “prácticas que dependen de la decisión de otras personas, tanto provenientes del campo de la salud, como de la estructura familiar”.<sup>14</sup>

---

reordenan durante el proceso de análisis y son la base de la redacción del trabajo final. Aparecen en el programa Atlas Ti.

<sup>14</sup> Las relaciones hipotéticas fueron también sometidas a un análisis cuantitativo. Las categorías se expresaron en números y se organizaron en una matriz que nos permitió realizar análisis estadísticos por cuadrados mínimos y ver las tendencias de las relaciones entre categorías de manera más sintética y triangular, además, verificar las interpretaciones que conforman las hipótesis. Por ejemplo, una evidencia de relación encontrada en el estudio mencionado y sostenida por el análisis cuantitativo fue que la atención a la salud, por parte de las mujeres, tenía mayor relación con el capital económico. Pero al interpretar se evidenció que las mujeres con mayor capital económico van más al médico y llevan más a los niños pero esto no coincide con una atención oportuna sino con una distinción social. Por otro lado, la sa-

Ahora bien, el proceso de ir construyendo, con base en la interpretación, se da en una espiral más que en una línea continua y va derivando en una “saturación”, que lleva a la posibilidad de ir verificando las nuevas hipótesis de relaciones a través de una constante e intensa reflexión y una comparación entre datos, categorías e hipótesis. Partiendo del ejemplo de este proceso, en el segmento mencionado (pp. 279-280), veamos dos códigos pertinentes: 1) falta de atención justificada por la fortaleza “natural” de la mujer y 2) pasividad de la mujer ante la decisión del hombre. Los distintos códigos al organizar el material de este tipo, al demostrar una presencia constante en los distintos parlamentos y al señalar formas específicas que implicaban un daño a la salud, fueron agrupados —junto con otros— en la categoría de “daño a la salud y género”, categoría proveniente de un concepto heurístico de tercer tipo común a otras investigaciones. La codificación *in vivo* recopila los segmentos textuales que no se acomodan directamente en las categorías de primer o tercer tipo, por esto, al principio nos proporcionó información no codificable, por lo tanto, teníamos hasta el momento la negación de la atención a un problema durante el embarazo, por ser mujer y estar hecha para aguantar. Ahora bien, como esta situación, finalmente, pertenece a las formas de violencia hacia la mujer —daños específicos, aceptación pasiva y justificación de prácticas “por la naturaleza de ser mujer o ser pobre”— quedó bajo la categoría de género, aunque proviniera en primer lugar de un código *in vivo*. La categoría “daño a la salud y género” quedó definida como interiorización de las disposiciones que permiten sufrir “como natural” una violencia que varía de simbólica<sup>15</sup> a directa y que implica daños a la salud. Aquí se retoma la categoría de género y el concepto heurístico que teoriza la imposición y sumisión ante la dominación masculina, como ejemplo concreto por excelencia de la sumisión paradójica [Bourdieu, 1990]. Este es un ejemplo de la inducción cualitativa, no hubo nada nuevo y se validó una relación que ha sido evidenciada en otras investigaciones, así como la pertinencia de los conceptos heurísticos teóricos.

lud no coincidía con la diferencia en la atención y el capital económico: la salud de estas mujeres era muy parecida (deficiente) a las de otras mujeres que tenían menores capitales social y económico. La práctica de atención está más ligada a disposiciones incapacitantes y la responsabilidad sobre la salud se diluye entre mujeres, parientes y personal de salud.

<sup>15</sup> Bourdieu llama violencia simbólica a una violencia dulce, insensible, invisible para todas sus víctimas. Una violencia que se ejerce por vías puramente simbólicas de comunicación y conocimiento. Pero sobre todo del desconocimiento, de falta de reconocimiento y/o de sentimiento. Comer menos porque es más fuerte la mujer sería un ejemplo de violencia simbólica, negar el servicio en una emergencia durante el embarazo y la operación forzada son ejemplos de violencia a secas. La dominación simbólica es una operación mística de fondo de la división entre los géneros, sin embargo, es producto de una sociedad organizada de una cierta manera. Se trata de principios simbólicos conocidos y reconocidos por el dominador y el dominado, una forma de decir o un lenguaje, un estilo de vida, una manera de pensar o de actuar. De manera tal, que las apariencias biológicas y de biologización de lo social revierten la relación entre las causas y los efectos y hacen aparecer a la construcción social naturalizada (los géneros en tanto que *habitus* sexuales) como fundamento natural de la división arbitraria que está al principio de la realidad y de la representación de la realidad.

Un ejemplo de la abducción en otro segmento textual donde se encontraron contenidos que son agrupables dentro de la categoría de “daño a la salud y género”, e información pertinente a la subcategoría de “disposición en salud limitante” que salió de los códigos *in vivo*.

Yo tomé la decisión y él piensa que él no es responsable de la enfermedad vaginal, dice que él no es, porque si él fuera estuviera igual que yo, dice que en todo caso soy yo la que he de tener una relación con otra persona. Yo muchas veces le dije: si tu tienes relaciones fuera cuídate o cuídame a mí, por lo menos cuando estés conmigo usa el condón, pero él me dijo que no, que eso no era para él, y eso fue lo que me llevó a tomar la decisión de ya no tener relaciones con él. Yo me siento bien conmigo misma al tomar esta decisión<sup>16</sup> porque me estoy cuidando o protegiendo, porque ya mi problema era a cada rato estar con el doctor. La trabajadora social me decía que ya no era problema mío que yo si había tomado las medidas necesarias que el problema era él. Yo luego decía si no tomo estas medidas pues no me estoy valorando y si ya me sentía como me sentía, pues dije lo menos es cuidarme. A cada rato tengo flujos y hongos en los ovarios, y ese flujo casi nunca desaparece.

Observemos que este segmento tiene un tipo distinto de “disposición en salud limitante” que derivó en una nueva categoría “intervención técnica sobre síntomas en situaciones no corporales”.<sup>17</sup> Esta categoría agrupó diversas situaciones que se caracterizaron por haber sido objeto de una intervención técnica —por parte del campo de la salud—, sin ser de orden técnico, con el objetivo de hacer desaparecer el síntoma. Veamos con detenimiento, una decisión aparentemente hecha por la mujer, no volver a tener relaciones sexuales a los 35 años, fue fomentada y apoyada por el servicio de salud. Se intervino en una situación conflictiva compleja con una solución técnica sobre los síntomas, en este caso por parte de la trabajadora en salud sobre la enfermedad venérea. Noemí es una mujer que vive en una situación de violencia física y psicológica atrapada en la depresión, con una autovaloración negati-

<sup>16</sup> Efectivamente, las mujeres consideran que están sanas (a pesar de estar anémicas, padeciendo hernias, alergias, disfunciones reproductivas, dolores físicos de todo tipo, malestar emocional, etc. porque pueden estar activas y participando. Sólo cuando ya es físicamente imposible desarrollar sus actividades se consideran enfermas. Y aún así, aplican esquemas en los cuales su atención no es prioritaria y que prescriben el tener que “aguantar todo” por los hijos y para salir adelante con sus funciones sociales.

<sup>17</sup> De la misma manera se van trabajando todas las hipótesis. Por ejemplo, la hipótesis de una relación estrecha entre las categorías de “embarazo temprano” y “estrategia de movilidad social” se construyó ya avanzado el proceso y después fue necesario regresar a entrevistar a las mujeres nuevamente para validarla. Surgió la hipótesis donde la estrategia constante de las mujeres para mejorar su vida era el embarazo. La mitad de la muestra (8 mujeres) había recurrido esta estrategia siendo muy jóvenes, para mejorar su situación de vida y como la mejor opción que tenían. Esto tuvo consecuencias directas en su salud y en mortalidad perinatal e infantil. Los segmentos originalmente codificados para agruparlos en las categorías mencionadas eran como éste: “yo pensaba que con mi embarazo de cierta forma iba a mejora mi vida personal pero después me di cuenta que no fue así, que yo quería mejorar mi vida personal y no mejor, no fue lo que yo esperaba”. Así surgió la categoría de “daños a la salud por estrategia de movilidad social” que agrupo este tipo de experiencias de las mujeres.



va por no poder salir de la situación y en una justificación de hacerlo por los hijos. El sacrificar su vida sexual no sólo no la ha ayudado sino que ha empeorado su estado de ánimo, e incluso tampoco ha logrado curar la enfermedad.

La categoría de “intervención técnica sobre síntomas en situaciones no corporales”, constituida por segmentos de los distintos casos codificados, se utilizó en la construcción de varias hipótesis. Una de ellas fue que este tipo de intervención no sólo no era efectivo sino que derivaba en problemas mayores. Se fue validando esta hipótesis a través del análisis de los casos y persistió como hipótesis hasta los resultados finales. Además, formó parte de otras hipótesis que resultaron del proceso de inducción cualitativa aunado al de abducción: 1) las limitaciones de género, sumadas a las de la experiencia en el campo de la salud, originan en las mujeres —frente a los problemas de salud— decisiones que lejos de ayudarlas las perjudican; 2) la responsabilidad de la salud, como asignación social a las mujeres, está en contradicción con la capacidad de control de los procesos que éstas tienen. Es decir, las disposiciones que implicarían a prácticas para mejorar la salud no están siendo fomentadas y, por otra parte, se hace responsables a las mujeres de la salud familiar, eximiendo de responsabilidades a los familiares y a las instancias de salud.

Las categorías de tercer tipo trabajadas, y los datos recabados, permiten una comparación con otras investigaciones tanto para confirmar sus resultados como para exponer diferencias. Por ejemplo, no pudimos constatar desigualdades alimentarias en las niñas, pero fue patente la diferencia en el tipo de estímulo que se da a niños y niñas con relación a los juegos, a las labores domésticas y a la escolarización [Ríos, *ob. cit.*], y sobre todo, en cuanto al desconocimiento —fomentado— que existe con relación al cuerpo y en especial a la menstruación y a la sexualidad [Singh y Devi, 1999]. Detectamos la falta de atención a las mujeres embarazadas, diferencias en la atención médica proporcionada a las niñas, anemia en las mujeres —porque comen menos o al final, aún durante el embarazo y la lactancia—, etc. [Ríos, *ob. cit.*]. Encontramos también que en la casa el marido u otros parientes son los que toman la decisión de la atención a una enfermedad, en muchos casos la suegra (quien es una figura de peso como en las familias africanas). Estas decisiones hechas “por otros” sobre la salud de la mujer se basan en la suposición de que la mujer aguanta mucho y comportan daños específicos [Santow, *ob. cit.*]. Otros daños estaban relacionados con el personal de las clínicas, quienes efectúan una exclusión de clase y abuso de poder con acciones que van desde la mala atención hasta realizar salpingoclasias sin autorización.

Además de poder realizar un análisis comparativo con otras investigaciones, el modelo propuesto permite construir nuevas categorías sobre los códigos *in vivo*, organizar la información con éstas y desarrollar el proceso para interpretar las hipótesis sobre la relación entre categorías, guiadas por los conceptos heurísticos de los

tres tipos. En el ejemplo utilizado, la interpretación pudo ser ponderada de manera tal que resultaron nuevas hipótesis teóricas de la correspondencia entre la desigualdad (de género y de clase), las disposiciones de los *habitus* provenientes de la experiencia con el campo de la salud y las prácticas que tiene consecuencias para la salud. Se trata de hipótesis que derivan en un mayor grado de conceptualización del hecho social estudiado, construyendo el hecho sociológico de manera teórica, y que servirán como nuevo instrumento para seguir dando cuenta del hecho social en futuras investigaciones.

## CONCLUSIONES

En este modelo de investigación, construido con claridad en el enfoque teórico y coherencia con la metodología, el tipo de muestreo y la recuperación de datos, coadyuvó a construir el hecho sociológico [Romero, 1997; Kelle, 1997] y aportó conocimientos que permiten una capacidad de precisión, generalización y de predicción. Se presentan, por ello, sólo algunos resultados de la información obtenida por el carácter de las normas de publicación:

1. La contradicción entre función asignada socialmente a las mujeres de cuidar de la salud de la familia y el proceso de toma de decisiones determina que es importante extender la educación a los hombres y a quienes toman las decisiones.
2. La violencia de todo tipo, derivada de las exclusiones de género y de clase, no es reconocida como problema y, además de tener efectos en la salud, se conjunta con la falta de atención, la desconfianza en el campo, la carencia de perspectivas sociales para las mujeres y la imposibilidad de su participación en la creación de alternativas.
3. Las estrategia de movilidad social como el embarazo temprano no serán resueltas con información, sino con opciones sociales ante las situaciones de vida desventajosas.
4. La violencia en las instancias de salud es una realidad que implicaría responsabilidades, ya que —al igual que en otros países— lejos de atender a la mujer parece que las excluyen [Diniz, 1998].
5. Las prácticas que afectan a la salud no son guiadas por la cultura, el ingreso o la ignorancia [Santow, *ob. cit.*; Lanteri, 1992] y es importante seguir estudiando la construcción de las disposiciones que las guían en relación a la mediación del campo de la salud.
6. Los programas de fortalecimiento de las mujeres [Thomas, 1997; Rivera, 1997; O'leary e Ickovics, 1995] tendrían que atender a la desigualdad de clase y de género y a la violencia de todo tipo que inciden en la salud en general de las muje-

res y reformular la relación entre campo de la salud y cuidado o de la salud "como un todo" [Campero-Cuenca, 1996:217-222] para fomentar la construcción social de procesos que hagan una diferencia.

7. Las desigualdades sociales no están directamente ligadas a riesgos y a estados corporales, sino que están mediadas por el campo de la salud y la construcción de las interpretaciones.
8. El mayor riesgo para las mujeres campesinas es estar entrapadas entre las percepciones de género impuestas por la reproducción familiar y las percepciones impuestas por la experiencia vivida en relación con el campo de la salud.

Podemos concluir también que la teoría social de Bourdieu, la metodología basada en Pierce y los trabajos de Fassin y Herzlich, parecen funcionar de manera complementaria y ser un instrumento en la construcción de la salud como hecho sociológico. Sin embargo, nuestro modelo no llega a dar cuenta de los estados corporales, no como objetividad, sino también como construcción social. La interpretación de la salud y la enfermedad puede ser recuperada como dato, pero la relación instituida con el cuerpo no queda clara, tanto por carencias teóricas como por problemas metodológicos. Creemos que se debe profundizar en la mediación social sobre los estados corporales y su relación con las formas en que los *habitus*, con sus disposiciones e interpretaciones, las organizan a través de la interiorización del orden social arbitrario (incorporación o *embodiment*) que reproducen a través de sus estrategias, sus prácticas y la relación que esto tiene con la lucha del monopolio de capitales que se juegan en el campo de la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

**Buchanan, D. R.**

1994 "Reflections on the Relationship Between Theory and Practice", en *Health Education Research*, vol. 9, núm. 3, pp. 273-83.

**Alvarez-Larrauri, Selene**

2000 *La Lógica de la Práctica en la educación para la salud: hacia la cura de la intersubjetividad medicalizada*, Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales, Mimeógrafo, París.

**Bourdieu, Pierre**

1990<sup>a</sup> *The Logic of Practice*, Polity, Cambridge.

1990b "La domination masculine", en *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, núm. 84, pp. 2-31, 161.

**Bourdieu, Pierre y Waquant Loïc**

1992 *Réponses*, Seuil, París.

**Campero-Cuenca, L.**

- 1996 "Education and Women's Health: Reflections from a Gender Perspective", en *Salud Pública de México*, vol. 38, núm. 3, pp. 217-22.

**Dewey, John**

- 1917 "The Need for a Recovery of Philosophy", en Dewey, John, *et. al.*, *Creative Intelligence*, en *Essays in the Pragmatic Attitude*, Nueva York.

**Diniz, S.G. y A.F. d'Oliveira**

- 1998 "Gender Violence and Reproductive Health", en *Int. Gynaecol Obstet.*, vol. 63, núm. 1, pp. 33-42.

**Fielding, Nigel y Raymond M. Lee**

- 1997 "Qualitative Comparative Analysis. Applications of Software in the Sociological Analysis of Qualitative Data", en *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, núm. 57, pp. 49-64.

**Fonseca R., M. Paulo da.**

- 1997 "Understanding the Role of Place and Gender in Brazilian Women's Health-illness Processes", en *Revista Latino-Americana de Enfermería*, vol. 5, núm. 1, pp. 5-13.

**García, Julio, et al.**

- 1993 "Características reproductivas de adolescentes y en la ciudad de México", en *Salud Pública de México*, vol. 35, núm. 6.

**Genius, S. y S. K. Genius**

- 1995 "The Challenge of Sexually-Transmitted Diseases in Adolescents", en *Adolescent and Pediatric Gynecology*, vol. 8, núm. 2, pp. 82-88.

**Glaser, B. y Anselm Strauss**

- 1967 *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Aldine de Gruyter, Nueva York.

**Glaser, B.**

- 1992 "Emergence vs. Forcing: Basics of Grounded Theory Analysis", en Valley, Mill, *The Sociology Press*.

**Halfpenny, Peter**

- 1997 "The Relation Between Quantitative and Qualitative Social Research", en Fielding, Nigel y Raymond M. Lee, "Qualitative Comparative Analysis. Applications of Software in the Sociological Analysis of Qualitative Data", *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, núm. 57, pp. 49-64.

**Hammersley, M.**

- 1996 "The Relationship between Qualitative and Quantitative Research, Paradigm. Loyalty versus Methodological Eclecticism", en *Handbook of Qualitative Research Methods for Psychology and the Social Sciences*, Leicester British Psychological Society, pp. 159-174.

**Hans, Joas**

- 1999 *La créativité de l'agir*, Les Éditions du Cerf, Paris.

**Hanson, N. R.**

- 1965 *Patterns of Discovery: An Inquiry into the Conceptual Foundations of Science*, CUP, Cambridge.

**Herzlich, Claudine**

- 1969 *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*, EHESS, Paris.

**Hochbaum, G. M., J. R. Sorenson y K. Lorig**

- 1992 "Theory in Health Education Practice", en *Health Education Quarterly*, vol. 19, núm. 3, pp. 295-313.

**Jorgenson, D. L.**

- 1989 *Participant Observation: A Methodology for Human Studies*, Sage, Newbury Park, CA.

**Kelle, U.**

- 1997 "Theory Building in Qualitative Research and Computer Programs for the Management of Textual Data", en *Sociological Research Online*, vol. 2, núm. 2.

**Kunkel, S.R. y R.C. Atchley**

- 1996 "Why Gender Matters: Being Female is not the Same as not Being Male", en *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 12, núm. 5, pp. 294-296.

**Lakatos, I.**

- 1982 "The Methodology of Scientific Research Programmes", en *Philosophical Papers*, vol. 1, Cambridge University Press, Cambridge.

**Lanteri, Julieta**

- 1992 "VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual. ¿Porqué las mujeres somos más vulnerables?", en Publicación del *Centro Integral de la Salud para las Mujeres*, Argentina.

**Mead, George Herbert**

- 1964 *Selected Writings*, A.J. Reck, Indianapolis.

**Merchan-Hamman, E.**

- 1999 "Lessons from Health Education for HIV/AIDS Prevention: Theoretical Elements for the Construction of a New Integrated Practice", en *Cad Saude Publica*, vol. 15, núm. 2, pp. 85-92.

**Merton, R. K.**

1957 *Social Theory and Social Structure*, 2a. ed., Free Press, Glencoe, IL.

**Pierce, Charles S.**

1999 "Collected Papers, Cambridge Mass 1932-1958", en Hans Joas, *La creatividad de l'agir*, Les Éditions du Cerf, Paris.

**O'Leary, VE. y JR. Ickovics**

1995 "Resilience and Thriving in Response to Challenge: an Opportunity for a Paradigm Shift in Women's Health" en *Womens Health*, vol. 1, núm. 2, pp. 121-42.

**Piper, S. M. y P. A. Brown**

1998 "The Theory and Practice of Health Education Applied to Nursing: a Bi-polar Approach", en *Journal Advance Nursing*, vol. 27, núm. 2, pp. 383-389.

**Ríos, Rebecca de los**

1993 "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción", en *Género, mujer y salud*, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica, núm. 541, Washington, D.C., pp. 3-18.

**Rivera, R., M. I. Torres, F. J. Carre y Mauricio Gaston.**

1997 "Role Burdens: the Impact of Employment and Family Responsibilities on the Health Status of Latino women", en *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 8, núm. 1, pp. 99-113.

**Rhodes, T., G. V. Stimson y A. Quirk**

1996 "Sex, Drugs, Intervention, and Research: from the Individual to the Social", en *Substance Use Misuse*, vol. 31, núm. 3, pp. 375-407.

**Romero Salazar, Alexis**

1997 "La potencia del enfoque etnográfico en la investigación sociológica. Una experiencia con la encuesta por relatos de vida en el área de la salud", en *Espacio Abierto*, vol. 6, núm. 1, pp. 139-161.

**Santow, G.**

1995 "Social Roles and Physical Health: the Case of Female Disadvantage in Poor Countries", en *Social Science and Medicine*, vol. 40, núm. 2, pp. 147-161.

**Singh, M. M., R. Devi y S. S. Gupta**

1999 "Awareness and Health Seeking behaviour of Rural Adolescent School Girls on Menstrual and Reproductive Health Problems", en *Indian J. Med Sci.*, octubre, vol. 53, núm. 10, pp. 439-443.

**Strauss, Anselm y Juliet Corbin**

1991 *Basics of Qualitative Research Grounded Theory Procedures and Techniques*, Sage Publications, London.

**Thomas, S. P.**

- 1997a "Distressing Aspects of Women's Roles, Vicarious Stress, and Health Consequences", en *Issues Mental Health Nursing*, vol.18, núm. 6, pp. 539-57.
- 1997b "Women's Anger: Relationship of Suppression to Blood Pressure", en *Nursing Research*, vol. 46, núm. 6, pp. 324-30.

**Van Parijs, L. G.**

- 1977 "Health Education. Educational Approach to Change", en *Soz. Prev. Med.*, vol. 22, núm. 5, pp. 212-219.