

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
"Licenciado Gerardo Iraheta Rosales"



**REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA: CIUDAD ROMERO (Usulután, 2014 - 2016)**

PRESENTADO POR
PÉREZ CRUZ, IRMA BEATRIZ
PINEDA SANTOS, EMILIO ORLANDO

CARNET
CH10013
PS06013

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN ELABORADO POR ESTUDIANTES
EGRESADOS COMO REQUISITO DEL PROCESO DE GRADO PARA OPTAR
AL TÍTULO DE LICENCIADA Y LICENCIADO EN ANTROPOLOGÍA
SOCIOCULTURAL**

Licenciada Laura Cecilia Mena Quintanar
DOCENTE ASESORA

Maestra María del Carmen Escobar Cornejo
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

JUEVES 8 DE DICIEMBRE DE 2016
CIUDAD UNIVERSITARIA SAN SALVADOR EL SALVADOR

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Ingeniero Mario Nieto Lovo
RECTOR

Master Ana María Glower
VICERRETORA ACADÉMICA

Maestro Oscar Noé Navarrete
VICERECTOR ADMINISTRATIVO

Licenciado Francisco Cruz Letona
FISCAL GENERAL

Doctora Ana Leticia Zavala de Amaya
SECRETARIA GENERAL

AUTORIDADES DE LA FACULTA DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

Licenciado José Raymundo Calderón Morán
DECANO

Maestra Norma Cecilia Blandón de Castro
VICEDECANA

Maestro Alfonso Mejía Rosales
SECRETARIO

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

“Licenciado Geraldo Iraheta Rosales”

Maestro René Antonio Martínez Pineda
DIRECTOR

Maestra María del Carmen Escobar Cornejo
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

Licenciada Laura Cecilia Mena Quintanar
DOCENTE ASESORA

TRIBUNAL CALIFICADOR

1º Licenciada Laura Cecilia Mena Quintanar

2º Licenciada Ana Lilian Ramírez de Bello

3º Master Susana Maybri Salazar

ÍNDICE

| | PÁGINAS |
|---|---------|
| AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR | ii |
| SIGLAS Y ACRÓNIMOS QUE SE USAN EN EL DOCUMENTO..... | v |
| PRESENTACIÓN | viii |
| INTRODUCCIÓN | x |
| PRIMERA PARTE | |
| INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN | |
| REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA ENFERMEDAD | |
| RENAL CRÓNICA: CIUDAD ROMERO USULUTÁN | |
| (2014-2016)..... | |
| | 12 |
| CAPÍTULOS | |
| 1. METODOLOGÍA | 14 |
| 1.1 LA SELECCIÓN DE CIUDAD ROMERO | 14 |
| 1.2 METODO ETNOGRÁFICO..... | 16 |
| 1.3 HERRAMIENTAS E INSTRUMENTOS DEL DEL MÉTODO ETNOGRÁFICO..... | 17 |
| 1.4 EXPERIENCIA EN CAMPO | 19 |
| 2. DISCUSIÓN TEÓRICA..... | 23 |
| 2.1 REPRESENTACIONES SOCIALES..... | 23 |
| 2.2 TEORÍA DEL NÚCLEO CENTRAL Y REPRESENTACIONES PERIFERICAS | 25 |
| 2.3 LA IMPORTANCIA DEL DISCURSO PARA LA INTERPRETACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES | 28 |
| 2.4 EL APORTE DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES PARA LA INVESTIGACIÓN..... | 30 |
| 2.5 LA SALUD DESDE LA CIENCIA SOCIAL..... | 31 |
| 2.6 CONCEPCIÓN DE SALUD IDEAL..... | 33 |
| 3. DATOS GENERALES DE JIQUILISCO Y CIUDAD ROMERO..... | 36 |
| 3.1 JIQUILISCO..... | 36 |
| 3.2 POBLACIÓN DEL MUNICIPIO | 37 |
| 3.3 RECURSOS NATURALES DEL MUNICIPIO | 38 |
| 3.4 UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE CIUDAD ROMERO | 40 |
| 3.5 HISTORIA DE CIUDAD ROMERO DURANTE EL CONFLICTO ARMADO | 41 |
| 3.6 CONTEXTO ACTUAL DE CIUDAD ROMERO | 47 |
| 3.7 CONFIGURACIÓN DE LOS GRUPOS DOMÉSTICOS..... | 48 |
| 3.8 MEDIOS DE SUBSISTENCIA EN CIUDAD ROMERO..... | 51 |

| | |
|---|-----|
| 4. ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA | 54 |
| 4.1 DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA | 54 |
| 4.2 ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL SALVADOR..... | 57 |
| 4.3 PRIMER CASO REGISTRADO DE ERC EN EL ZAMORANO..... | 60 |
| 5. INTERPRERACION DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA ERC..... | 63 |
| 5.1 WILFREDO Y EL DÍA A DÍA..... | 64 |
| 5.2 REPRESENTACIONES SOCIALES DEL ESTADO DE SALUD IDEAL | 71 |
| 5.3 REPRESENTACIONES PERIFÉRICAS y NUCLEO CENTRAL DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA..... | 81 |
| CONCLUSIÓN..... | 83 |
| BIBLIOGRAFÍA USADA | 86 |
| LIBROS | 86 |
| REVISTAS | 86 |
| INFORMES DE INVESTIGACIÓN Y TESIS | 87 |
| PÁGINAS DE INTERNET | 88 |
| SEGUDA PARTE: | |
| DOCUMENTOS DE PLANIFICACIÓN DE LA INTESTIGACIÓN EN EL PROCESO DE GRADO | 89 |
| 1. PLAN DE INVESTIGACIÓN EN EL PROCESO DE GRADO 2015-2016 | 91 |
| 2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA ENFEREMEDAD RENAL CRÓNICA: CIUDAD ROMERO (Usulután, 2014-2016) | 108 |
| 3. PÁGINA RESPONSABLES Y TRIBUNAL CALIFADOR..... | 128 |

GLOSARIO SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACUDESBAL: Asociación Intercomunitaria de Comunidades Unidas para el Desarrollo Económico y Social del Bajo Lempa.

ADESCO: Asociación de Desarrollo Comunal.

DIÁLISIS PERITONEAL: es un procedimiento que permite depurar líquidos y electrolitos en pacientes que sufren insuficiencia renal. La diálisis peritoneal (DP) utiliza una membrana natural -el peritoneo- como filtro. El fluido de diálisis se introduce en la cavidad peritoneal a través de un pequeño tubo flexible que previamente se colocó en el abdomen de forma permanente, en una intervención quirúrgica menor. Parte de este tubo, o catéter, permanece fuera del abdomen. De esta forma puede conectarse a las bolsas de solución de diálisis (Amend et al., 2011:620).

BAJO LEMPA: es un territorio ubicado en los departamentos de San Vicente y Usulután, es reconocido por los importantes procesos eco-sistémicos que ahí tienen lugar, además de ser considerada como una zona con alto nivel de riesgo debido a inundaciones causadas por el río Lempa y sequías.

CAVIDAD PERITONEAL: la cavidad abdominal es un espacio anatómico ocupado totalmente por las vísceras abdominales, tanto las sólidas (hígado, riñones, bazo, ovarios y útero), como las tubulares (tubo digestivo: estómago, intestino delgado y colon) o las de contenido líquido (vesícula y vejiga). No obstante, entre todas esas estructuras anatómicas que ocupan la cavidad abdominal, recubiertas por el peritoneo, existe un espacio prácticamente virtual, ocupado normalmente por una fina lamina de líquido, que es el espacio peritoneal propiamente dicho o cavidad peritoneal (Cerezo López, E.;1996:393).

CREATININA: es un derivado aminoácido con una masa molecular de 113 daltons que se filtra libremente por el glomérulo, por lo que se puede utilizar como marcador de la filtración glomerular. Sin embargo, se secreta por las células del

túbulo proximal, por lo que el aclaramiento de creatinina excede la FG y los valores de creatinina se elevan, proporcionalmente, menos de lo que empeora la función renal. Además, la secreción tubular de creatinina varía de persona a persona y, dentro de cada paciente, varía en el tiempo y según el grado de función renal (Avendaño;2008:138).

ECOS ESPECIALIZADOS: Equipos Comunitarios de Salud Familiar Especializados, nacen de la Reforma de Salud llevada a cabo por el Gobierno en el año 2010, como parte de Red Integral e Integrada de Servicios de Salud, el fin de los ECOS ESPECIALIZADOS es descentralizar el sistema de salud nacional, equipando las Unidades de Salud con médicos especializados y equipo para poder atender a la población tanto del área rural como urbana.

ERC: Enfermedad Renal Crónica.

PRODUCCIÓN DE ERITROCITOS: célula normalmente confinada en los vasos sanguíneos, que se especializa en el transporte de oxígeno. Cuando están maduros, los eritrocitos son discos bicóncavos que carecen de núcleo y contienen hemoglobina. Diccionario de Oxford de Medicina y Ciencias del Deporte; Editorial PAIDOTRIBO, 1998.

GLOMÉRULO: conjunto de vasos sanguíneos a través del cual se filtra más de 150 litros de sangre al día (Estrada et al; 2009:2).

GLUCOGÉNESIS: proceso del cuerpo cuando empieza a sintetizar nueva glucosa, a partir de fuentes que no son carbohidratos (Eaton et al; 2006:11).

HEMATURIA: presencia de sangre en la orina. La sangre puede proceder de una enfermedad o una lesión física de los riñones, la uretra o la vejiga urinaria. La hematuria con frecuencia se debe a un traumatismo relacionado con el brusco movimiento o agitación de los riñones y la vejiga durante un ejercicio agotador.

Diccionario de Oxford de Medicina y Ciencias del Deporte; Editorial PAIDOTRIBO, 1998.

MINSAL: Ministerio de Salud de El Salvador.

NEFROLEMPA 2009: nombre del estudio realizado en el 2000 por MEDICC (Medical Education Cooperation with Cuba) en algunas comunidades del Bajo Lempa, el cual reveló un alto índice de casos de insuficiencia renal en la zona.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PROTEINURIA: presencia anormal de proteínas séricas en la orina. La proteinuria es una característica de la insuficiencia renal. Huno un tiempo en que se pensaba que su ocurrencia después del ejercicio era signo de un trastorno serio de la función renal, pero hoy en día se acepta que la proteinuria moderada es habitual en los adultos jóvenes sanos después de un ejercicio intenso. Diccionario de Oxford de Medicina y Ciencias del Deporte; Editorial PAIDOTRIBO, 1998.

REGULACIÓN DE EQUILIBRIOS: el concepto de equilibrio o balance establece que el cuerpo humano se encuentra equilibrado o balanceado con respecto a unas sustancias específicas cuando las cantidades de la misma que entran son iguales a las que salen (Eaton et al., 2006:11).

TÚBULO: estructura anatómica en forma de tubo de pequeño tamaño; por ej. los túbulos renales. Diccionario de Oxford de Medicina y Ciencias del Deporte; Editorial PAIDOTRIBO, 1998.

UREA: compuesto químico que contiene gran cantidad de nitrógeno y constituye la mayor parte de la materia orgánica contenida en la orina en su estado normal. Diccionario de Oxford de Medicina y Ciencias del Deporte; Editorial PAIDOTRIBO, 1998.

PRESENTACIÓN

La Escuela de Ciencia Sociales “Licenciado Gerardo Iraheta Rosales”, tiene como visión formar integralmente profesionales en diferentes áreas y disciplinas, comprometidos con el desarrollo económico y social de El Salvador desde una perspectiva humanística y científica. De este modo, su misión es importante en la formación de recurso humano orientado en la investigación que aborde con pertinencia histórica y teórica las problemáticas sobre la realidad salvadoreña.

La enfermedad renal crónica (ERC), se define como la presencia de daño estructural *y/o funcional al riñón con una tasa de filtración glomerular por debajo de 60 “ml/min/1.73m²”, durante tres meses o más independientemente la causa* (MEDICC;2011: pág.1).

Según la OPS (2014), ésta enfermedad afecta al 10% de la población mundial, los pacientes que se encuentran en tratamiento de sustitución renal son una pequeña porción de la parte visible de la población con la enfermedad, el conocimiento de la misma ha experimentado un cambio significativo en el transcurso de los años; inicialmente estaba restringida a patologías de baja incidencia.

Estudios más recientes, como el de *Nefropatía Terminal en pacientes de un hospital de referencia en El Salvador*, relacionan la alta prevalencia de padecimientos y enfermedades crónicas como hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, diabetes, envejecimiento y más recientemente se asocia con condiciones laborales inadecuadas en las que se presentan exposiciones prolongadas a agentes químicos lesivos como agrotóxicos en el caso de las comunidades agrícolas de Centroamérica.

Por ello, que consideramos pertinente abordar los casos de ERC a partir de una perspectiva social, el cual se enfoque en las relaciones cotidianas de las personas que padecen ERC. Interpretar las prácticas cotidianas de pacientes diagnosticados nos permitirá entender las visiones de mundo que se generan

dentro de la población, las personas conocen la realidad que les circunda mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social.

De esta manera, el presente Informe Final de Investigación da cumplimiento al “Reglamento General de Procesos de Graduación de la Universidad de El Salvador”, el cual se compone por tres etapas, en la primera, se elaboró el Plan de Investigación y Proyecto de Investigación, dichos documentos forman la segunda parte del presente informe.

En una segunda etapa, se llevó a cabo el desarrollo de la investigación, que dio como resultado el informe final, titulado “Representaciones Sociales sobre la Enfermedad Renal Crónica: Ciudad Romero, Usulután (2014 - 2016)” que comprende cinco capítulos, en los que se desarrolla todo el proceso de investigación, cuyo objetivo es identificar las representaciones sociales que tiene la población de Ciudad Romero sobre la enfermedad renal crónica, para un posterior análisis e interpretación.

Y final mente, la tercera etapa que consiste en la exposición y defensa del Informe Final para su evolución.

INTRODUCCIÓN

El presente informe está elaborado a partir de los datos obtenidos de la investigación “Representaciones sociales sobre la enfermedad renal crónica: Ciudad Romero, Usulután (2014-2016)”. En dicha investigación se aborda la problemática de la insuficiencia renal presente en la comunidad de Ciudad Romero, la cual pertenece al cantón el Zamorano de Jiquilisco.

Ciudad Romero, forma parte de las comunidades que componen el Bajo Lempa, donde los casos de ERC son recurrentes. La particularidad de Ciudad Romero con respecto a las demás, es que en esta se presenta mayor incidencia de personas con este padecimiento, es por ello que consideramos la comunidad como una población relevante dentro del Bajo Lempa, para hacer un primer abordaje de la ERC, en El Salvador, desde el enfoque de las representaciones sociales.

A partir de lo anterior, nos interesamos aportar a la población de Ciudad Romero a la academia y población en general los valores, prácticas y creencias socioculturales que rigen en el quehacer diario de las personas diagnosticadas con enfermedad renal. El conocer dichas prácticas socioculturales de las personas que padecen esta enfermedad, nos brindó la información de cómo sobrellevan la enfermedad en su cotidianidad.

Seguidamente, en el marco teórico metodológico, donde se expone las ventajas del método cuantitativo en este estudio socio etnográfico se realizó con una serie de entrevistas semi-estructuradas e informales en muchas ocasiones para generar un diálogo y confianza con los informantes. Acudimos a pacientes diagnosticados con ERC, familiares, dirigentes de las instituciones gubernamentales y cooperativas al interior y fuera de Ciudad Romero.

Finalmente, los objetivos del desarrollo de este estudio son en primer lugar, comprender el conocimiento social e individual de las personas que padecen enfermedad renal crónica y sus familiares, para conocer las prácticas, creencias y

mitos que giran en torno a este padecimiento. Segundo, describir las representaciones sociales sobre enfermedad renal crónica, partiendo de las personas diagnosticadas con este padecimiento y, tercero, analizar los diferentes estadios de la enfermedad renal crónica para entender su influencia en la vida cotidiana de las personas que la padecen. De esta forma, interpretamos los datos obtenidos para develar los valores culturales.

Lo anterior, dio como resultado los datos obtenidos y analizados, los cuales son presentados a lo largo de Informe Final de Investigación de la siguiente manera:

Capítulo uno, tiene como objetivo primordial, describir paso a paso el método y las técnicas que desarrollaron para llevar a cabo la investigación, además de detallar las dificultades presentes en trabajo de campo.

En el capítulo dos, se desarrolla las posturas teóricas, conceptos y categorías para fundamentar la parte teórica de la investigación, de esta manera se pudo interpretar y analizar los resultados obtenidos del estudio en la población, en pocas palabras se desarrolla el marco teórico y otros componentes como categorías de análisis.

Seguidamente el capítulo tres, presenta el contexto histórico, sociocultural, político y económico de Jiquilisco y Ciudad Romero. Es importante dar cuenta del contexto cultural en el cual se desarrollan las relaciones sociales de los sujetos, puesto que este influye en la forma de entender la vida cotidiana de los sujetos.

Posteriormente, se desarrolla el capítulo cuatro, el cual refiere los antecedentes de la enfermedad renal crónica, y se explica con detalle en que consiste la función y daño renal, además de mencionar los estudios que se han realizado a nivel nacional.

Ya para finalizar, en el capítulo cinco, se muestra el análisis e interpretación de los hallazgos encontrados a lo largo de la investigación, así como el principal caso registrado de enfermedad renal crónica en Ciudad Romero.

PRIMERA PARTE

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA: CIUDAD ROMERO (Usulután, 2014 - 2016)

CAPÍTULO N° 1

METODOLOGÍA

En el presente capítulo se explicará la metodología usada a lo largo del trabajo de campo. Creemos que dedicarle un capítulo a la metodología, es necesario en cualquier investigación, pues dependiendo cómo se desarrolla y aplica, ésta dará mayor validez a los resultados finales.

CAPÍTULO N° 1

METODOLOGÍA

La investigación representa un importante enriquecimiento acerca de las creencias, actitudes y conocimiento que tiene la población de Ciudad Romero sobre la enfermedad renal, a partir de su discurso, se determinan los valores y normas sociales y culturales que hay detrás de las prácticas, tomando en cuenta el contexto político, económico, histórico y sociocultural de la población.

1.1 LA SELECCIÓN DE CIUDAD ROMERO

En los últimos años en El Salvador ha registrado un aumento de la enfermedad renal crónica, según el último boletín epidemiológico informativo publicado por el MINSAL (2014-2015), revela a Usulután como el departamento donde mayores casos de letalidad presenta la ERC.

Aproximarnos a la problemática social de la enfermedad renal, permitió vislumbrar todos los aspectos socioculturales de una población particular, su interacción con el medio, y de cómo las familias de éstos, son parte de este entorno continuo. El aporte de datos puede ser utilizados para el diseño de futuras investigaciones en el tema.

En primera instancia, acudimos a la unidad de salud de Jiquilisco, pero no facilitaron ningún dato, una representante de la unidad nos recomendó visitar Ciudad Romero, ya que contaba con un eco especializado, pues se trataba de un equipo profesional en nefrología.

La visita al ECO ESPECIALIZADO favoreció de gran manera para contactar a la Directora Liliam Núñez (2013), quien mencionó el desarrollo de la enfermedad en el lugar contando con una lista de fallecidos por ERC entre los años 2009 a 2014. Esta cifra de fallecidos antes mencionada, nos facilitó una perspectiva de cómo la enfermedad trasciende en la vida cotidiana de la población.

Seguidamente, la búsqueda general de estudios médicos que describían a pacientes con insuficiencia renal crónica, provenientes de zonas específicas del país, además de guardar un perfil común, fue un cúmulo de datos que no podíamos derrochar, pues Ciudad Romero se volvió relevante por el índice de enfermedad renal que presentaba, a partir de los primeros estudios médicos en la zona.

En fin, entrar a la comunidad fue un reto pues, éramos “desconocidos”, pese a ello no se dificultó encontrar los primeros contactos, nos pareció fructuoso pues a medida que interactuábamos con las personas nos presentaban a sus conocidos, estableciéndose toda una red de contactos. Contamos con un cronograma de actividades para este proceso, en el programamos las visitas a personas con ERC.

Establecer contacto directo con el presidente de la ADESCO en ese momento, con el que llamaremos por su nombre Ernesto, fue favorable pues el tramitó el alojamiento temporal en el lugar. Nos presentó a su vecino, quien cordialmente nos recibió en su casa, proporcionándonos el tiempo de tres a cuatro días por semana, mientras realizamos las entrevistas programadas para cada día.

Las visitas, iban directamente enfocadas a las personas diagnosticadas con ERC, éstas se extendían si el informante entrevistado lo permitía. Finalizada la entrevista, los informantes nos recomendaban visitar a otras personas en la misma situación. Continuamente, fuimos desplazándonos por toda la población hasta generar cercanía y confianza con ellos.

Consideramos que, desde la Antropología Sociocultural, conocimos la dinámica generada dentro de una población, su visión de mundo envuelta con la historia de la que fueron parte muchas familias, dando respuesta a nuestro objetivo de investigación.

1.2 MÉTODO ETNOGRÁFICO

La aproximación monográfica es la vía más enriquecedora para el estudio de las representaciones sociales. Sin embargo, es mucho más lenta y difícil de ejecutar que los métodos precedentes. Inspirada en los métodos de antropología, permite recoger el contenido de una representación social, referirla directamente a su contexto y estudiar sus relaciones con las prácticas sociales establecidas por el grupo. De esta manera, es posible combinar las técnicas etnográficas, entre otras, con encuestas; cuestionarios y análisis históricos (Araya Umaña;2002:58-59)

En este estudio, aplicamos diferentes técnicas de investigación para obtener una gama amplia de datos. Las técnicas, son de carácter cualitativas en combinación con técnicas que buscan obtener datos cuantitativos. Esto nos dio una visión más amplia de los fenómenos socioculturales que se desenvuelven en Ciudad Romero.

El dato, es el resultado de una elaboración de la realidad. Los datos son frecuentemente entendidos como interacciones, situaciones, fenómenos u objetos de la realidad estudiada, que el investigador recoge a lo largo de su proceso de investigación y que poseen un contenido informativo útil para los objetivos perseguidos en la misma.

Sin embargo, la información que proporcionan los hechos o fenómenos no puede ser aprehendida por el investigador de forma pasiva. Al recoger datos, el investigador no toma directamente las realidades que ante él se presentan, sino que se da un proceso de percepción de las mismas, identificando los elementos que las componen y, frecuentemente, enunciando propiciaciones narrativas que tratan de describirlas (Gómez, Flores y Giménez;1996:198)

En ese sentido, decidimos realizar entrevistas abiertas y guiones de preguntas a la población en torno a la enfermedad renal y otros temas en particular, a partir de su discurso, describimos, interpretamos y analizamos los datos. Estas entrevistas

en un inicio fueron dirigidas a representantes de instituciones gubernamentales del lugar, como el presidente de la directiva Ernesto Gómez (2013), la directora de la unidad de salud o eco especializado Liliam Núñez (2014), representantes de ACUDESBAL y Fondo Social de Emergencia, directora del Centro Escolar Caserío Ciudad Romero, María Francisca Rodríguez Cáceres y pobladores diagnosticados con la enfermedad renal en fase terminal. Nos esparcimos al resto de la población con el fin de profundizar en su visión de mundo, y de cómo su vida cotidiana se relaciona con la enfermedad renal.

1.3 HERRAMIENTAS E INSTRUMENTOS PRINCIPALES DEL MÉTODO ETNOGRÁFICO

La principal herramienta que utilizamos es lo que en Antropología se conoce como observación participante, que consiste en mantener una convivencia prolongada con los sujetos propuestos a estudiar. La observación de la vida cotidiana y su relación con la enfermedad renal ha permitido penetrar en los detalles de la vida social de los pobladores. Es por ello que;

“La mejor manera de conocer la dinámica de una comunidad rural consiste en el establecimiento de un contacto directo y prolongado con los miembros de la comunidad, pues es a través de este contacto directo, lo que podríamos considerar la interacción social entre el investigador y los sujetos investigados, que aquel logra conocer no solo la manera como los sujetos sociales actúan, también, sus expectativas y de cómo interpretan su comportamiento...Cualquier comportamiento humano supone una acción interpretativa, ya sea que se lleve a cabo utilizando el lenguaje natural o no; a través de esta acción interpretativa los sujetos sociales proporcionan modelos de interpretación de su propio comportamiento social y de la dinámica de la sociedad global” (Lara Martínez; 2003:16).

Cabe decir, que parte de nuestras herramientas e instrumentos que hicieron posible este estudio, fue el uso de grabadoras de mano y toma de fotografías, ya que en un primer momento tomar notas no se alcanzaba completamente, muchas veces, pasamos desapercibido algunos acontecimientos y éstas herramientas favorecieron al momento de describir e interpretar los datos, de esta manera obtuvimos los resultados esperados.

Además, la calendarización y programación de los días de campo, fue parte de los instrumentos a utilizar, pues el calendario nos permitió cumplir a detalle las actividades, organizándonos en tiempo y espacio.

Así, el investigador construye los datos, y al hacerlo registra la información en algún soporte físico (notas de campo, grabación en audio o video) y emplea para ello algún modo de expresión simbólica (lenguaje verbal, expresión gráfica) que confieren al dato los rasgos de perdurable en el tiempo y comunicable.

En consecuencia, el dato resulta ser inseparable del modo en que es registrado y comunicado. El soporte empleado para registrarlo y la forma del lenguaje usada para expresarlo constituyen elementos adicionales presentes en el concepto de dato (Gómez, Flores y Giménez;1996:198)

Finalmente, el diario de campo instrumento propio del método etnográfico, utilizado por los investigadores el cual permite llevar los apuntes vistos en campo más que instrumento es una herramienta que nos permitió sistematizar todas las experiencias vistas y vividas para posteriormente hacer análisis del mismo. La inclusión de fechas, estado de clima incluso estado de ánimo fue clave para interpretar los datos.

En Ciudad Romero, al momento de entablar conversación con los lugareños, nos valimos de esquemas y palabras claves en el diario de campo, permitiendo mantener la fluidez del diálogo.

De esta forma, consideramos que la importancia de todo esto es que como investigadores e investigadoras adquirimos el verdadero compromiso con la sociedad o grupo con el que establecemos un estudio determinado, pues describimos, interpretamos y analizamos, para luego obtener los frutos esperados además de ser expuestos a la comunidad en general.

Sin estas herramientas e instrumentos, no habría un orden ni tan siquiera se llegaría a la sistematización, no sabríamos de donde partir, como empezar, es por

ello que seguimos este proceso, que al final nos ayuda a crecer como científicos sociales

1.4 EXPERIENCIAS EN CAMPO

El investigador debe internarse en la vida social de la comunidad que estudia, pero debe hacerlo hasta un cierto punto, es decir, el antropólogo debe mantener cierta distancia de los sujetos sociales, pues de lo contrario puede sufrir el fenómeno de la sobre identificación con uno de los sectores de la comunidad en estudio.

Esto último, se refleja en el estudio de procesos políticos, religiosos u otros. La identificación del investigador con los sujetos a estudiar puede condicionar la interpretación que el científico social proporcione sobre la comunidad o el grupo social que estudia (Lara Martínez; 2003:17).

Cuando realizamos las primeras visitas de campo, nos encontramos con días festivos que dieron paso al establecimiento de contactos directos y posteriormente las primeras entrevistas en Ciudad Romero.

Parte de esas celebraciones, fueron **el día Nacional del Riñón**, día clave para conocer quienes tenían enfermedad renal interpretando con sus propias palabras cómo se desenvuelven en su día a día. Interactuamos con los habitantes de la localidad, que nos brindaron la comodidad de su hogar para poder conversar con ellos, a su vez hemos participado asistiendo a las actividades que ellos realizan pues esto fortaleció aún más las relaciones sociales.

Cabe mencionar, que el mayor aporte de este día es el discurso de muchos lugareños diagnosticados con ERC exponiendo sus casos y haciendo llamado a la prevención y al uso adecuado de agroquímicos, así como también los alimentos adecuados para la salud.

Otra festividad que fue relevante para nuestra investigación, es el día de **Conmemoración en Honor a Monseñor Oscar Arnulfo Romero**.

Los lugareños hacen hincapié en los hechos que se vieron sometidos para el periodo del conflicto armado que el país enfrentaba en ese momento, señalando las circunstancias que tuvieron que pasar como por ejemplo emigrar a Nicaragua, Honduras y Panamá, retornando al país once años después, ya en el auge de los Acuerdos de Paz.

Acá, afirman que su estilo de vida era diferente cuándo estaban en El Salvador. La migración y el alojamiento en Panamá, agregan que no era el mismo, por tanto, lo asocian con los cambios de salud que iba teniendo cada uno al retornar al país ya diagnosticándose las primeras personas con ERC.

Además, la celebración del 15 de septiembre, **Día de la Independencia**. Esta celebración fue diferente a la usual, y nuestro mayor interés se enfocó al final de la celebración, pues la presencia del Eco Especializado daba realce a las medidas preventivas de enfermedades virales y renales.

En conjunto, estas tres principales celebraciones dieron paso para que conociéramos a los lugareños y principalmente aquellos diagnosticados con ERC. Cabe señalar, que la palabra “diagnosticado y/a” es atribuida por parte de las entidades gubernamentales a aquellos que tienen enfermedad renal.

De esta manera, podemos decir que estos días fueron claves por la presencia de instituciones gubernamentales y, a partir de ahí se pudo obtener contactos directos para la recolección de datos, interpretación y análisis del mismo.

Es importante mencionar que, para este estudio, determinamos un periodo donde desarrollamos la investigación a partir de agosto de 2015 a enero de 2016.

Previo a este periodo en la población de Ciudad Romero, se realizaron ejercicios de clase, dentro del marco de algunas asignaturas de la licenciatura que al final contribuyó a mayor recopilación de datos, siendo interés para el investigador y para el sujeto que participa en la misma.

CAPÍTULO Nº 2

DISCUSIÓN TEÓRICA

En este capítulo plantearemos en que consiste la teoría de las representaciones sociales, el cual ha sido el eje principal en nuestro trabajo, así como también definiremos las principales categorías de análisis usadas dentro de la investigación.

CAPÍTULO Nº 2 DISCUSIÓN TEÓRICA

2.1 REPRESENTACIONES SOCIALES

Para entender la teoría de las representaciones sociales, debemos iniciar preguntándonos ¿Qué es una representación social? Y ¿Cuál es el aporte interpretativo de las representaciones sociales enfocadas al estudio de los casos de insuficiencia renal?

En primer lugar, la noción de representación social que se trabajan en el presente informe final provienen tanto de Denise Jodelet (1984), como de Jean-Claude Abric (2004). Estos autores parten de la teoría propuesta y elaborada por Serge Moscovici (1961). Según Abric la teoría de Serge Moscovici fue:

“ignorada durante mucho tiempo por la comunidad científica, esta teoría reconocida finalmente desde hace tres lustros constituye desde entonces una referencia insorteable no solo en psicología social, sino también en otras ciencias sociales, como lo testimonian coloquios y obras interdisciplinarias que le han sido consagradas” (Abric; 2004:11).

Para Moscovici, la noción de representaciones sociales es clave para entender la forma en la cual el ser humano inmerso en la modernidad es capaz de convertir el conocimiento científico en conocimiento común en pro de entender y explicar su realidad social.

Las representaciones para Moscovici, tratan de entender y valorar como el pensamiento científico que es entendido y reproducido por un grupo social de especialistas como por ejemplo; el discurso medico acerca de cómo se debe entender el concepto de salud o de enfermedad, y como este conocimiento es apropiado por un grupo mayor de la sociedad y posteriormente convertido en un conocimiento común, el cual será ampliamente compartido por los sujetos pues este se ha generado dentro de la realidad social del grupo y reforzado en el día a día, siguiendo el ejemplo, los sujetos tendrán otra concepción de enfermedad y salud.

Desde esta perspectiva, este proceso es visto como un resultado de los amplios cambios de la modernización. De esta manera para Moscovici las representaciones sociales buscan entender cómo se forma el “conocimiento o sentido común” (Villarreal; 2007: 438).

Siguiendo esa línea para Denise Jodelet (2000), las representaciones sociales conciernen al conocimiento del sentido común, que se pone a disposición en la experiencia cotidiana; son programas que persisten, construcciones con estatus de teoría ingenua, que sirve de guía para la acción e instrumento de lectura de la realidad; sistema de significaciones que permiten interpretar el curso de los acontecimientos y las relaciones sociales; que expresan la relación que los individuos y los grupos mantienen con el mundo y los otros; que son forjadas en la interacción y el contacto con los discursos que circulan en el espacio público; que están inscritas en el lenguaje y las prácticas; y que funcionan como un lenguaje en razón de su función simbólica y de los marcos que proporcionan para codificar y categorizar lo que compone el universo de la vida (Jodelet; 2000: 10).

Pero ¿Qué es el sentido común y en qué consiste? según Umaña:

“El sentido común es, en principio, una forma de percibir, razonar y actuar. El conocimiento del sentido común es conocimiento social porque esta socialmente elaborado. Incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que tienen una función no solo en ciertas orientaciones de las conductas de las personas en su vida cotidiana, sino también en las formas de organización y comunicación que poseen tanto en sus relaciones interindividuales como entre los grupos sociales en que se desarrollan” (Araza Umaña; 2002:11).

Según Jodelet se puede definir este en pocas palabras, como el conocimiento “espontáneo” “ingenuo” que tanto interesa en la actualidad a las ciencias sociales ese que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común, o bien pensamiento natural, por oposición al pensamiento científico. (Jodelet; 1984:473).

¿Por qué se habla que las representaciones son sociales y no individuales?

Según Moscovici (1979), para calificar de social a una representación es necesario poner el acento en la función, más que en el agente que la produce. Así, lo social

de una representación proviene de la contribución al proceso de formación de las conductas y de orientación de las comunicaciones sociales (Araya Umaña; 2002:31).

Para Jodelet, las representaciones son, “*una forma de conocimiento social*” (Jodelet; 1984: 473), el cual se forma en el día a día, es decir, es una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, Y por lo tanto es una actividad mental desplegada por los sujetos y grupos con el fin de posicionarse dentro de diferentes situaciones de acontecimientos, que les conciernen.

De este modo, este según Jodelet el conocimiento es socialmente elaborado y compartido. Bajos sus múltiples aspectos intenta denominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestras vidas, es por ello un conocimiento práctico (Jodelet; 1984: 473-475).

2.2 TEORÍA DEL NÚCLEO CENTRAL Y REPRESENTACIONES PERIFÉRICAS

Según Jean- Claude Abric, toda representación se organiza alrededor de un núcleo central. Este es el elemento fundamental de la representación, puesto que determina a la vez la significación y la organización de la representación (Abric;2004:18).

Según Jean-Claude Abric, el núcleo central o núcleo estructurante de una representación garantiza dos funciones esenciales:

Una función generadora: es el elemento mediante el cual se crea, se transforma la significación de los otros elementos constitutivos de la

representación. Por su conducto, esos elementos adquieren un sentido y un valor.

Una función organizadora: el núcleo central determina la naturaleza de los vínculos que unen entre sí los elementos de la representación. Es ese sentido, el elemento unificador y estabilizador de la representación.

El núcleo central constituye el elemento más estable de la representación, es el que garantiza la perennidad en contextos movedizos y evolutivos, es decir que dentro de la representación será el elemento más resistente al cambio. Como dice Giménez; *“en efecto, cualquier modificación del núcleo central acarrea una transformación completa de la representación”* (Giménez; 2005:416).

La centralidad de un elemento no puede relacionarse exclusivamente con una dimensión cuantitativa. Por el contrario, el núcleo central tiene antes que nada una dimensión cualitativa. No es la importancia de un elemento lo que define su centralidad, más bien es el hecho de conferir su significación a la representación (Giménez; 2005:416).

Este núcleo central está constituido por uno o varios elementos que ocupan una posición privilegiada en la estructura de la representación: son ellos los que dan su significación a la representación.

Esta determinado, por la naturaleza del objeto representado y, por otro lado, se tiene la relación que el sujeto o grupo mantienen con el objeto; finalmente, el sistema de valores y normas sociales que constituyen el entorno ideológico del momento y del grupo. Según la naturaleza del objeto y la finalidad de la situación, el núcleo central podrá tener dos dimensiones diferentes:

Una dimensión funcional, como ocurre, por ejemplo, en las situaciones con finalidad operatoria: entonces se privilegiarán en la representación los elementos de su núcleo más importantes para la realización de la tarea (Giménez; 2005: 417).

Una dimensión normativa en todas las situaciones en donde intervienen directamente dimensiones socioafectivas, sociales e ideológicas. En este tipo de situaciones, se puede pensar que una norma, estereotipo o actitud fuertemente marcada, estarán en el centro de la representación (Giménez; 2005: 417).

Según Abric, los elementos periféricos se organizan alrededor del núcleo central. Están en relación directa con él, es decir que su presencia, su ponderación, su valor y su función están determinados por el núcleo.

Constituyen lo esencial del contenido de la representación, su lado más accesible, pero también lo más vivo y concreto. Abarcan informaciones retenidas, seleccionadas e interpretadas, juicios formulados al respecto del objeto y su entorno, estereotipos y creencias (Abric; 2004:23).

Estos elementos están jerarquizados, es decir que pueden estar más o menos cercanos a los elementos centrales: próximos al núcleo, desempeñan un papel importante en la concreción del significado de la representación, más distantes de le ilustran aclaran, justifican esta significación.

Los elementos centrales constituyen la clave de bóveda de la representación, los elementos periféricos desempeñan también un papel esencial en la representación. En efecto: constituyen la interface entre el núcleo central y la situación concreta en la que se elabora o funciona la representación y responden a tres funciones esenciales (Abric; 2004: 23).

Función concreción: directamente dependientes del contexto, resultan del anclaje de la representación en la realidad, y permite revestirla en los términos concretos, comprensibles y transmisibles de inmediato. Integran los elementos de la situación en la que la representación se produce, hablan del presente y de lo vivido del sujeto (Abric; 2004: 24).

Función regulación: más flexibles que los elementos centrales, los elementos periféricos desempeñan un papel esencial en la adaptación de la representación a las evoluciones del contexto. Pueden ser entonces integradas la periferia de la representación tal o cual información nueva, tal o cual información transformación del entorno (Abric; 2004: 24).

Función defensa: el núcleo central de una representación, resiste al cambio puesto que su transformación ocasionaría un trastorno completo. Por tanto, el sistema periférico funciona como el sistema de defensa de la representación (Abric; 2004:24).

Las representaciones sociales y sus componentes: núcleo central, elementos periféricos funcionan así, en efecto, como una entidad en la que cada parte tiene un papel específico más complementario de la otra. Su organización, así como su funcionamiento es regido por un doble sistema.

Un sistema central (el núcleo central), cuya determinación es esencialmente social, relacionado con las condiciones históricas, sociológicas e ideológicas. Directamente asociado a los valores y normas, define los principios fundamentales alrededor de los cuales se constituyen las representaciones.

Un contexto periférico cuya determinación es más individualizada y contextualizada, bastante más asociado a las características individuales y al contexto inmediato y contingente en que están inmersos los individuos. Este sistema periférico permite una adaptación, una diferenciación en función de lo vivido, una integración de las experiencias cotidianas (Abric; 2004: 26).

2.3 LA IMPORTANCIA DEL DISCURSO PARA LA INTERPRETACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

Por otro lado, uno de los componentes fundamentales de la representación es su significación. Esta significación esta doblemente determinada por efectos de contexto. En primer lugar, el contexto discurso, es decir; por la naturaleza de las

condiciones de producción del discurso a partir del cual va a formularse o a ser detectada una representación.

Las personas conocen su realidad que les circunda mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Las representaciones sociales (RS) sintetizan dichas explicaciones y, en consecuencia, hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana: el conocimiento del sentido común” (Araya Umaña; 2002: 11).

En la medida en que en la mayoría de los casos son producciones discursivas las que permiten el acceso a las representaciones, es necesario analizar sus condiciones de producción y tener en cuenta que la representación obtenida a partir de ellas ha sido producida en situación, para un auditorio ante el cual se pretende argumentar y convencer, y que la significación de la representación social dependerá, por lo menos en parte, de las relaciones concretas que se verifican en el tiempo de una interacción. (Giménez; 2005:409-410).

Según Giménez (2005), la concepción del discurso como practica social significa por lo menos estas tres cosas a la vez:

Todo discurso se inscribe dentro de un proceso social de producción discursiva y asume una posición determinada dentro del mismo y por referencia al mismo (interdiscurso)

Todo discurso remite implícita o explícitamente a una premisa cultural pre-existente que se relaciona con el sistema de representaciones y de valores dominantes o subalternos, cuya articulación compleja y contradictoria dentro de una sociedad define la formación ideológica de esas sociedades.

Todo discurso se presenta como una práctica socialmente ritualizada y regulada por aparatos en el marco de una situación coyuntural determinada.

El aparato metodológico con el cual se pueden trabajar las representaciones sociales es amplio, por ejemplo, en esta investigación como se explicó en el capítulo previo se utilizó el método cualitativo, privilegiando la interpretación del discurso, pues como menciona Araya, *“la comprensión de las perspectivas que*

tienen los y las informantes, respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como se expresan con sus propias palabras” (Araya Umaña; 2002: 55).

2.4 EL APOORTE DE LAS REPRESENTACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN

No es un tema sencillo, elegir el enfoque teórico adecuado para el desarrollo de una investigación, y más si éstas son de corte social y en este caso desde una perspectiva antropológica sociocultural, pues como señaló Llobera, *“la antropología es un campo de batalla donde teorías diversas pugnan por establecer su supremacía”* (Llobera; 1980: 18). En ese sentido, se debe tener claro que el enfoque teórico a usar durante la investigación no debe forzarse a encajar con los datos de campo, ya que hacer eso simplemente restaría credibilidad científica de la investigación.

Para reconocer el aporte que dan las representaciones sociales recordemos la definición de esta, y por lo consiguiente ver el aporte teórico metodológico de las representaciones esta. Como se definió previamente las representaciones sociales, son un sistema de interpretación de la realidad. Esta rige las relaciones de los sujetos con su entorno físico y social, lo cual determina sus comportamientos y prácticas, por tanto, nos brinda un abordaje del padecimiento renal, desde la producción cognitiva del sujeto y grupo, en este caso ERC, partiendo de la visión de mundo de estos.

La representación nos aproxima a la “visión de mundo” de la persona con insuficiencia renal, en otras palabras, se accede al sentido común, el cual es usado por las personas para actuar o tomar posición ante los distintos objetos sociales, que en nuestro caso sería la enfermedad renal.

El estado entonces de lo que la persona y el grupo, consideran estar enfermo y por lo consiguiente estar con buena salud no es ajeno a la concepción de mundo que ellos tienen, al contrario, esta se forma a partir del conocimiento diario, el cual forma parte de su sistema de creencias. De esta manera, al considerar los

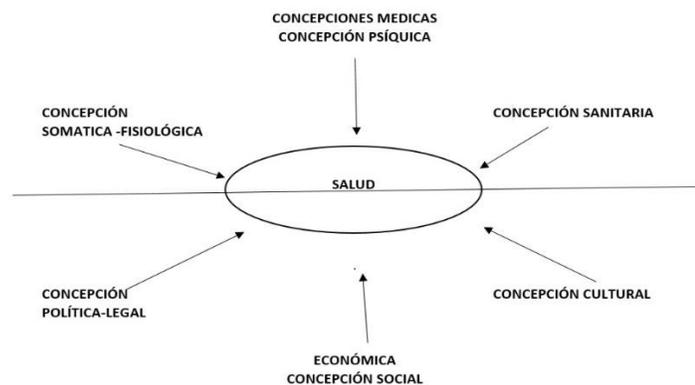
comportamientos que estén ligados con la ERC, como expresión de un sistema de creencias permite de cierta manera plantear hipótesis de que los significados atribuidos a la salud y a la enfermedad, dan razón y explican las acciones realizadas por una persona para afrontar la ERC o para prevenir esta.

Es importante para la sociedad conocer los valores, prácticas y creencias socioculturales que rigen en el quehacer diario de las personas que padecen ERC, conocer dichas prácticas socioculturales nos brindará información de cómo estas sobrellevan la enfermedad, además es significativo para la población del Bajo Lempa y concretamente la población de Ciudad Romero, conocer los resultados de la investigación, porque puede funcionar como Base de Plan de Acción para otras disciplinas vinculadas a la Salud y Medio Ambiente al momento de implementar programas preventivos y correctivos en diversas zonas del país.

2.5 LA SALUD DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES

Según Kornblit y Mendes Diz (2000) la definición de salud se puede plantear desde una concepción médica y social. Desde la primera estarían: la concepción psíquica, la concepción somática-fisiológica y la concepción sanitaria. Por la parte de lo social ellos mencionan que estarían: la concepción económica, la concepción político legal y la concepción cultural.

ESQUEMA DE CONCEPCIONE DE SALUD



La concepción político- legal de la salud la considera como un bien general que interesa a todos. Cuando este es bien tutelado por el ordenamiento jurídico de un país, se convierte en derecho exigible por los ciudadanos según una amplia variedad de reconocimientos.

Jurídicamente, más que de un derecho a la salud habría que hablar de un derecho a la integridad física, lo cual supone la protección por parte del Estado en aquellos casos en que la integridad pueda verse en peligro. A este derecho a la integridad física corresponde correlativamente el deber y la obligación de mantenerla, reconocidos por todos los códigos penales, que, por lo tanto, identifican como delitos los actos que atentan contra ella. El atentar contra la salud, propia o ajena, es penado por el Estado, dado que ello supone un ataque aun bien que debe protegerse. Kornblit y Mendes Diz.; 2000:8).

Por ejemplo, se puede entender una definición de salud desde una concepción económica, es decir en el actual sistema neoliberal que se impone en la mayoría de economías del mundo, la importancia de la salud es entendida por la eficacia del factor humano en los procesos productivos. Según Kornblit y Mendes Diz; *“en la situación actual, el factor humano ha pasado a constituir un elemento estratégico de los procesos productivos; de ahí la relevancia de mantener la productividad humana, para lo cual es necesario contar con una buena salud”* (Kornblit y Mendes Diz.; 2000:8).

La definición cultural de la salud según el estado de desarrollo del país de que se trate y según cuales sean los roles sociales que la persona deba cubrir, lleva a enunciar lo que se ha denominado *“relatividad cultural de la salud y la enfermedad”*. Ello quiere decir que cada grupo social, sea tan extenso como una nación o tan reducido como un grupo familiar, poseerá una definición peculiar de salud establecida de acuerdo con lo que se considera “normal” en dicho grupo y que esta definición influye activamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a él (Kornblit y Mendes Diz.; 2000:9).

2.6 CONCEPCIÓN DE SALUD Y EMFERMEDAD

La concepción de salud ideal más conocida es la definición de la Organización Mundial de la Salud (1964), como “estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad”. Esta definición es a todas luces ideal, pues dicho estado de salud es imposible de alcanzar para toda una población; de todos modos, es una definición útil, pues sirve de guía para las actividades sanitarias que versan siempre sobre estados parciales de salud física, psíquica o social. Sin embargo, si bien esta definición ha sido un avance, el cambio es todavía insuficiente.

Para Kornblit y Mendes (2000) en realidad, la salud no puede ser considerada como un “estado”, como tampoco lo es la “enfermedad”. Ambas son parte de un proceso multidimensional, un proceso que podría llamarse de bienestar psicosocial.

El individuo a lo largo de su vida, se desplaza sobre un eje de salud- enfermedad (y muerte), acercándose ya a uno y a otro de sus extremos, según se retuerza o se rompe el equilibrio entre factores que están permanentemente interactuando: estos factores son físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales.

Se podría entonces conceptualizar la salud como *“la posibilidad que tiene una persona de gozar de una armonía bio-psico-social al interrelacionarse dinámicamente con el medio en el que vive”* (Kornblit y Mendes Diz.; 2000:8).

Esta definición implica, por un lado, considerar al ser humano como unidad y, por el otro, significa no concebir la salud como estado inalterable ni como mera adaptación al medio. Supone reconocer que el hombre vive en constante interacción con el medio ambiente físico- biológico y sociocultural, recibiendo influencias tanto favorables como desfavorables, y que en esta interacción se configura el nivel de salud. No es, pues, lo conflictivo lo que define lo patológico,

sino la imposibilidad de resolverlo en cualquiera de las áreas “física” o “social”. Esto es lo que genera la idea de enfermedad. (Kornblit y Mendes Diz.; 2000:8).

Así, el ser humano tendrá salud en la medida en que pueda resolver los conflictos que se plantean. Lo cual implica, fundamentalmente, considerarlo como ser activo que participa en el logro de su salud. Individuo como unidad ambiente físico-biológico y salud bio- psico- social, sociocultural (Kornblit y Mendes Diz.; 2000:9).

CAPÍTULO N° 3

DATOS GENERALES DE JIQUILISCO Y CIUDAD ROMERO

En este capítulo se desarrollará el contexto histórico, sociocultural, político y económico de Jiquilisco y Ciudad Romero. Es importante dar cuenta del contexto cultural, en el cual se desarrollan las relaciones sociales de los sujetos, puesto que este influye en la forma de entender la vida cotidiana.

CAPITULO N° 3

DATOS GENERALES DE JIQUILISCO Y CIUDAD ROMERO

3.1 JIQUILISCO

El poblado de Jiquilisco es de origen Lenca. El topónimo lenco Xiquilisco significa "Hombre de añil", o "Pueblo que cultiva el añil". Para 1550 era un asentamiento importante, pues tenía unos mil residentes. En el siglo XVIII, de acuerdo a Pedro Cortés y Larraz, existían unas 451 personas. Pertenecía en ese tiempo al partido de Usulután. En la época republicana, Jiquilisco obtuvo el título de Villa en 1874, y para 1890 su población ascendía a 1.640 habitantes. El título de Ciudad le fue otorgado en 1928.

Según el plan de Competitividad Municipal de Jiquilisco (2012-2016), la temperatura promedio del municipio de Jiquilisco es de 36.0°C como máximo y 19.4°C como mínimo. El límite promedio superior se ha incrementado. Un estudio de 1990 del MAG tenía como promedio de temperatura máxima los 34.6°C, lo cual quiere decir que en los últimos 20 años la temperatura máxima promedio ha sufrido un incremento de 1.4°C.

Este municipio cubre un área de 484,9 km², haciéndolo el municipio más grande del departamento de Usulután. Limita al Norte con los municipios de San Agustín, San Francisco Javier y Ozatlán; al Sur con el Océano Pacífico; al Este con Usulután y Puerto El Triunfo; y, al Oeste con el Río Lempa. Tiene una altitud de 40 msnm. Las fiestas patronales se celebran en el mes de agosto en honor a la Virgen del Tránsito. En términos administrativos, el municipio se divide en 43 cantones, 230 caseríos, 5 barrios y 5 colonias.

Jiquilisco, se compone por 43 cantones, y el área urbana municipal cuenta con asociaciones de desarrollo comunitario ADESCO activas, éstas tienen protagonismo en sus respectivas comunidades y gozan de reconocimiento.

tanto en las comunidades como a nivel municipal. Los directivos también son reconocidos como líderes comunitarios. Sin embargo, en términos de género, el número de mujeres que participan e integran las juntas directivas de estas asociaciones sigue siendo bajo. De acuerdo a los registros con los que cuenta la Alcaldía, en el 2011 de las ADESCOS del municipio, el 40% de los integrantes de las juntas directivas son mujeres, frente al 60% que son hombres; en la mayoría de casos no ocupan cargos altos dentro de la estructura por lo general en la categoría de vocales.

3.2 POBLACIÓN DEL MUNICIPIO

Según el último Censo de Población, en Jiquilisco se contabilizó un total de 47,784 habitantes (ver tabla 1). De éstos, el 48.00 % eran hombres y el resto mujeres. El 38.0% de la población tiene entre 0-14 años de edad. La población urbana reportada fue 20,270 personas y la población rural de 27,514 (ver tabla 1).

TABLA N° 1 CENSO POBLACIONAL DEL MUNICIPIO DE JIQUILISCO

| Municipio | Población | | | Área | | | | | |
|------------|-----------|---------|---------|--------|---------|---------|--------|---------|---------|
| | | | | Urbano | | | Rural | | |
| | Total | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres | Total | Hombres | Mujeres |
| Jiquilisco | 47,784 | 22,938 | 24,846 | 20,270 | 9,401 | 10,869 | 27,514 | 13,537 | 13,977 |

Fuente: VI Censo Nacional de Población, 2007

Jiquilisco, en el momento que se realizó la investigación contaba con una situación estable en lo referente a la situación política y, en el ámbito social, las comunidades del Bajo Lempa poseen un gran nivel de organización, por ejemplo, Ciudad Romero y Nueva Esperanza, son repoblaciones, que llegaron a estas tierras a principios de 1990. Ambas comunidades se organizaron durante el exilio y una vez, que retornan al país, mantienen el sistema organizativo heredado de su tiempo de refugiados.

En la parte baja costera, se produce caña de azúcar, maíz, maicillo y ganadería; mientras en la parte media granos básicos (maíz, frijol y maicillo) y frutales. En el área urbana, se cuenta con panaderías, taller de serigrafía, taller de metal mecánica, taller de reparación automotriz, taller de artesanías en tela. Esto último, va asociado con proyectos que permitan desarrollar la atención al turismo local y luego al turismo extranjero. Para esto se requiere hacer un listado de preparativos técnicos previos a satisfacer las necesidades de un visitante: alimentos elaborados en condiciones higiénicas, hospedaje, localidades para hacer caminatas y fortalecimiento de la tradición, visitas a la Bahía de Jiquilisco entre otras.

3.3 RECURSOS NATURALES DEL MUNICIPIO

Jiquilisco posee una enorme riqueza hídrica natural como es la Bahía de Jiquilisco. De igual manera, posee ríos y quebradas, adicionalmente, posee la laguna de Aguacayo y de San Juan del Gozo.

La Bahía presenta una extensión de 124 Km², con un área de cuenca de 795.76 Km² y un ancho de 2.5 kilómetros; esto varía dependiendo de las mareas. La longitud del canal principal es de 53 kilómetros desde la Bocana El Bajón hasta la zona de San Juan del Gozo, con amplitudes que van desde 1 hasta 3 kilómetros. Las profundidades registradas varían de los 2 a 4 metros en áreas abiertas, pero se alcanzan los 12 metros en algunos canales particularmente en las mareas altas. Además, que cuenta con 27 islas e islotes y 22.912 hectáreas de manglares (Plan de Competitividad Municipal de Jiquilisco. 2012 – 2016).

En la zona se pueden observar infinidad de aves acuáticas y migratorias, reptiles, venados de cola blanca, monos araña, tortugas marinas, loros, y otras muchas especies de un atractivo interesante. Dicha área está en la jurisdicción de seis municipios: Jiquilisco, Puerto El Triunfo, San Dionisio, Concepción Batres, Jucuarán y Usulután. (Plan de Competitividad Municipal de Jiquilisco. 2012 – 2016).

La Bahía es un lugar ideal para la contemplación de aves migratorias y nativas, desde allí se tiene las mejores vistas de la Sierra Tecapa Chinameca (Usulután - San Miguel) y el Volcán Chinchontepec (San Vicente). Su extensión hace propicios los paseos en lancha y el disfrute de los cañones formados por los manglares en toda la Bahía; así como el contacto con los pescadores de la zona, mientras realizan sus tareas. Además, es muy propicia para realizar algunos deportes acuáticos.

En la parte norte y noreste de la Bahía existen remanentes de selva baja de planicie costera: El Tercio, Chaguantique, Normandía y Nancuchiname. Estas son áreas naturales protegidas, que por sus características son un recurso importante para el ecoturismo, utilizándolos de manera sostenible e incentivando su conservación (Plan de Competitividad Municipal de Jiquilisco: 2012 – 2016).

Jiquilisco, se caracteriza por tener una gran riqueza ecológica de bosques salados o manglares, los cuales se encuentran en la costa y a su vez sirven de hábitat para la fauna que allí se desarrolla. De igual manera, pueden mencionarse otros bosques no salados que son importantes para el municipio: Nancuchiname y Chaguantique, de 1,430 mz y 75 mz, respectivamente. Estos son bosques húmedos subtropicales calientes. En ellos predominan el conacaste blanco y negro, el almendro de río y el ojuste. Chaguantique (Sistema de Asesoría y Capacitación para el Desarrollo Local, SACDEL, 2004).

Las comunidades que conforman el Bajo Lempa, han sufrido en las últimas décadas problemáticas de vulnerabilidad, relacionadas con el medio ambiente, tales como, fenómenos hidrometeorológicos, sequías, descargas de la represa hidroeléctrica 15 de septiembre, entre otros. En ese sentido, el ecosistema del Bajo Lempa, ha condicionado de cierta manera, la organización social dentro de las comunidades que están bajo estas condiciones ambientales.

Debido a la vulnerabilidad de la zona, en los últimos años el Bajo Lempa ha recibido ayuda internacional, esta se proyecta a través de diferentes asociaciones,

ONG, o coordinadoras, que se han formado, para buscar el desarrollo local de las comunidades.

Las condiciones medioambientales de la zona, por lo tanto, condicionan tanto el ciclo de cultivo y por ende el de la economía familiar de los grupos sociales que dependen de este de manera parcial, ya que también lo combinan con otro tipo de actividades económicas que se explicaran más adelante

3.4 UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE CIUDAD ROMERO

Ciudad Romero se encuentra ubicada en el cantón El Zamorano, el cual pertenece al Municipio de Jiquilisco, Departamento de Usulután (ver imagen 1). Colinda al Norte con el cantón Mata de Piña, al Sur con el cantón Sisiguayo, al Oriente con Comunidad Nueva Esperanza y al Poniente con comunidad Nuevo amanecer.

Para llegar a Ciudad Romero, se debe tomar el desvío hacia Isla de Méndez, que se encuentra en el Cantón San Marcos Lempa, que está ubicado sobre la carretera del Litoral 2E, del lado de Usulután; es decir, al Poniente del Río Lempa. La vía de acceso hacia Ciudad Romero es una carretera de asfalto de dos carriles.

La carretera pasa en paralelo con el Río Lempa, la distancia del desvío hasta el cantón El Zamorano donde se encuentra la Comunidad Ciudad Romero es de 10 KM, lo que sería unos 12 minutos en auto.

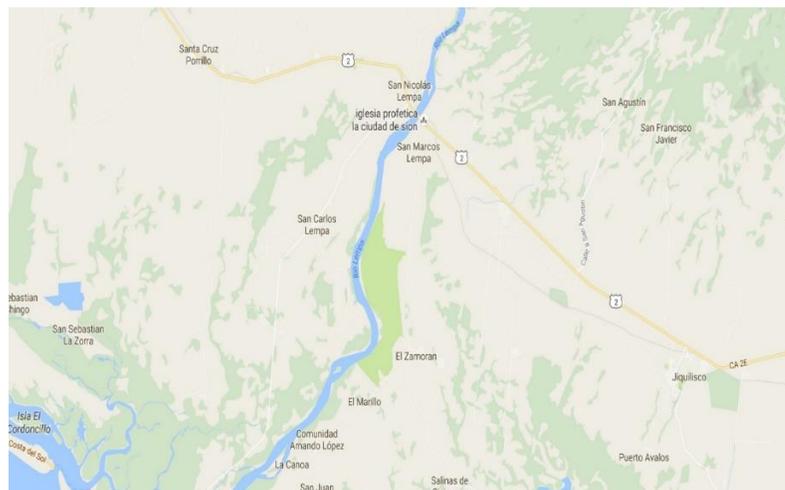
Durante el recorrido se puede apreciar terrenos para el cultivo de caña de azúcar, milpa, guayaba, extensos potreros para el pastoreo del ganado vacuno y árboles frutales.

El trabajo agrícola, es predominante en la zona y estos se dividen entre grandes cultivos, como las plantaciones de caña de azúcar, esta se cosecha a nivel industrial, y los cultivos de corte familiar que serían milpa, la cual forman parte del modo de subsistencia que tiene los pobladores.

Pasado ocho kilómetros desde haber tomado el desvío, se puede apreciar como los árboles van formando un túnel con sus ramas sobre la autopista, también se observa a los costados de la calle unas zanjas que fungen como canales, los cuales tienen la función desaguar las aguas lluvias hacia el Río Lempa.

El Bajo Lempa, se caracteriza por inundarse cuando se generan lluvias intensas, en ocasiones estas inundaciones se agudizan cuando la Represa Hidroeléctrica 15 de Septiembre abre sus compuertas para realizar descargas.

IMAGEN N° 1
MAPA DE UBICACIÓN DEL CANTÓN EL ZAMORANO



Fuente: Google Maps 2014.

3.5 HISTORIA DE CIUDAD ROMERO DURANTE EL CONFLICTO ARMADO

El conflicto armado que atravesó El Salvador durante las décadas de los 70's y 80's, provocó que miles de familias salvadoreñas buscaran el exilio por temor a la represión militar, otras tantas pasaron en los campamentos de refugio, para posteriormente retornar al país durante los últimos años de la guerra, o en periodo de posguerra.

Es así que, a lo largo de los años de posguerra o periodo de transición, estas familias exiliadas o refugiadas, forman comunidades allá donde estuvieran

resguardadas, tal es el caso de Ciudad Romero, ellos salieron del país en 1980 y posteriormente regresan a repoblar las tierras del Bajo Lempa en 1990, por lo tanto, estas familias manejan y reproducen un discurso particular sobre lo que significó para ellos el conflicto armado.

Según el Plan Estratégico de ACUDESBAL (2012), en 1989, iniciaron los primeros retornos de familias exiliadas al Bajo Lempa, pero no es hasta los años 1990-1991, que adquiere mayor fuerza. *“nos repatriamos, nos venimos por la Villa El Triunfo, teníamos que buscar un lugar más adecuado para instalarnos, gracias a Dios tuvimos el apoyo de la gente del Zamorano, entonces nos venimos a vivir en esta zona del Bajo Lempa, y el nombre Monseñor Romero se mantuvo, así fue como quedo bautizada”* (Informante de Ciudad Romero)

De esta manera, después de los Acuerdos de Paz en 1992, se puso en ejecución el programa de Transferencia de Tierras, conocido como (PTT), el cual asignó un promedio de 3.5 manzanas a cada ex combatiente de ambas fuerzas beligerantes, en ese mismo año, llegaron a esta zona la mayoría de procedentes de las desmovilizaciones, los cuales procedían de diferentes departamentos del país, para repoblar éstas tierras que en ese momento se encontraban semi-abandonadas, ya que estas eran dedicadas al cultivo de algodón, pero al intensificarse el conflicto armado en 1980, la mayoría de estas tierras fueron abandonadas, quedando solo unos pocos pobladores en ellas (Pdte. ADESCO; 2012:20)

Es importante conocer el discurso, que manejan los pobladores de Ciudad Romero acerca de su exilio y retorno a El Salvador, ya que este refleja las representaciones sociales que la comunidad comparte sobre el significado del conflicto militar que atravesó El Salvador en el pasado siglo, y como afecto a su cotidianidad.

El discurso que manejan los pobladores de Ciudad Romero entorno a su exilio y posterior regreso e instalación en las tierras del Bajo Lempa es generalizado por la mayoría de los pobladores, es por ello que se considera oportuno presentar una

narración integra de estos eventos, para ellos se ha elegido la versión de Adela Molina (67 años), dicha narración encierra acontecimientos que están presentes en los demás discursos de los habitantes, pero la particularidad de este es la relato es la riqueza de detalles que contiene, en comparación con las otras versiones de la misma historia.

Texto narrativo sobre los eventos del conflicto armado y retorno al Bajo Lempa

Nosotros somos originarios de Nueva Esparta, eso es en la Unión, salimos de ahí por temor que el ejército nos fuera a matar, salimos en mayo del 80, porque en ese tiempo ya había habido seis meses de persecución en la zona en la que vivíamos, y ya en los últimos días, los primeros días de mayo, se había dado la tarea el ejército de estar montando operativos militares veá, y bombardeando las partes altas y los cerros, y entonces ya mataron a varias familias, ya nosotros no podíamos vivir, entonces fue cuando planteamos un grupo pasarnos a Honduras, nos fuimos caminando de noche, con los niños en el lomo a chuchunco, toda la noche caminamos y al otro día en la mañana llegamos a un lugar que se llama la Estancia, en Honduras departamento de La Paz, y así fue como estuvimos viviendo allí, durante seis meses, ahí aguantamos hambre, fueron duros esos meses que pasamos en Honduras

Ya en los últimos días que estuvimos ahí, el ejército hondureño nos puso hacer unas zanjas, ellos decían que era para protegernos si nos veían atacar, pero nosotros sentíamos que estábamos cavando nuestras propias tumbas, ya no queríamos vivir ahí, porque en Honduras había un ejército represivo como el que había aquí, nos tenían amenazados, nos tenían bajo un cerco militar, entonces nosotros le planteamos al Alto Comisionado de Las Naciones Unidas para Refugiados, que nosotros queríamos salir de ahí que nos llevaran a otro país, entonces se dio la búsqueda, se ofreció, Nicaragua, Canadá, pero en ese tiempo existía un General llamado Torrijos, él se dio cuenta que estábamos ahí, entonces

mando una comisión hablar con nosotros, que nos fuéramos para Panamá, que él nos recibía en Panamá, nadie conocía de nosotros, pero entonces ya se fueron haciendo las gestiones, con la organizaciones internacionales para trasladarnos a nosotros hacia Panamá.

Fue como de Honduras nos levantaron el primero de noviembre, primero nos llevaron a San Pedro Sula en camiones, ya estando allá, nos levantaron en un avión para Panamá, una hora cincuenta minutos vuela el avión de San Pedro Sula hacia Panamá, llegando allá nos llevaron a una escuela de la guardia, donde nos iban a dar atención médica, comida, ropa, ya que nos atendieron ahí, después nos dijeron que nos iban a llevar a un lugar especial donde viviéramos nosotros, que el terreno está libre, no tenía dueño, para que nosotros viviéramos ahí, pero pasa que nos llevaron a la costa Atlántica, y a nosotros no nos gusta porque llovía todo el tiempo, no teníamos acceso a carretera, a lo pueblos, estábamos en la selva, montañas vírgenes, donde nunca había botado un palo un hombre, entonces ahí nos llevaron para que nosotros no tuviéramos problemas con nadie, pero ya estando ahí, nos dimos cuentas que habían unas comunidades indígenas, nos llevamos muy bien con ellos, nos hacían muchos favores cuando llegamos ahí, ya estando instalados en Panamá, como nosotros éramos salvadoreños y habíamos salido huyendo del país, teníamos que buscar un nombre para la comunidad, y como está bien reciente el caso de que habían matado a Monseñor Romero, entonces planteamos así en discusión, que como le poníamos allá /comunidad/, plantearon algunos que le pusiéramos Ciudad Romero. Porque en nombre de Monseñor Romero y así quedo, ya cuando volvemos acá le ponemos el mismo nombre.

Estaba bien la tierra donde estábamos, nadie nos atropellaba, ya teníamos nuestras casas, cultivamos ahí, pero nosotros queríamos regresar, muy lejos donde vivíamos, bien lejos, nosotros queríamos vernos con la familia, muchos habían dejado familia, padres, entonces nosotros siempre deseábamos regresar a El Salvador, y ya fuimos agarrando impulso con los encargados de nosotros una

organización panameña que se llamaba, ONPAR, y de ahí se fueron haciendo los movimientos de iglesias, organizaciones populares y también los padres jesuitas nos ayudaron mucho, al movimiento de trasladarnos para acá, los de la UCA, porque ellos también tienen grupos allá, la cruz roja, caritas de Panamá y aquí caritas de El Salvador, fue un montón de organizaciones que hubo, hasta iglesias evangélicas nos apoyaron, y el regreso se da en el 90, ya listos pues nosotros yendo hacer gestiones a la embajada de Panamá, estábamos haciendo los trámites para ir consiguiendo la salida, y así poco a poco, estuvimos como dos meses haciendo eso en la capital, y cuando ya lo conseguimos, pues ya listo el viaje, quien pagaba el viaje era la ONU, nosotros al regresar de Panamá lo que esperábamos era vivir libres aquí y superar en algunas cosas que fueran necesario.

Cuando nosotros llegamos al país, no regresamos a donde vivíamos antes, sino que nos venimos aquí, las organizaciones nos dieron la idea de que nos viniéramos a vivir aquí, porque las tierras habían sido abandonadas, entonces aquí podíamos vivir, conseguir tierra otra vez, cuando intentamos venir para acá nos encontramos que el ejército no nos quería dejar pasar pero entonces con la ayuda de las personas del cantón Zamorano, nos brindaron su apoyo y nos pasamos, cuando llegamos aquí esto eran montañas, puro monte, entonces comenzamos a botar los palos, los montes, el primer año que la pasamos con champas de carpeta y láminas, después con ayuda de ONG nos fuimos parando, hasta llegar a la Comunidad que tenemos ahora, con clínica, casa comunitaria, iglesia, cementerio, escuela, pero eso lo hemos logrado por la ayuda de las ONG, que nos ayudaron.”
(Adela: 2014).

De esta forma, la unidad temática de la narración son las familias que conforman “la comunidad”, es decir “la comunidad en sí”, es a partir de esta que gira la progresión de los hechos narrados, se cuenta como salen del país por temor a la posible represión del ejército salvadoreño contra ellos, la narración sigue y nos debela como son recibidos y tratados en Honduras los meses que residen ahí,

donde según el discurso se sentían igualmente perseguidos por el ejército hondureño, al no encontrar la seguridad o resguardo esperado por ellos se ven obligados a viajar a Panamá ya que en esas tierras se les habían ofrecido el resguardo y seguridad que se les había negado en El Salvador y Honduras, y en efecto así fue en Panamá donde encontraron una relativa estabilidad, que les permitió vivir por más de 10 años, para luego preparar los iniciativas de su retorno a El Salvador y en específico a las tierras del Bajo Lempa.

El relato nos muestra como los pobladores de Ciudad Romero va pasando de ser perseguida por la violencia en sus tierras, a encontrar una vida de refugiados en tierras extranjeras, y es en esta condición de refugiados donde ellos generando un sentimiento de alivio por haber escapado de la violencia, pero a la vez dicha paz se combina con un sentimiento de melancolía hacia su país natal.

La melancolía genera el deseo por regresar a su país natal. Las familias se apoyan en el recuerdo de su tierra natal para realizar su retorno, de esta manera se aprecia un sentido de identidad asociado a un espacio geográfico en específico. Ellos eran salvadoreños refugiados en Panamá.

La unidad de acción que integra a “la comunidad”, es el deseo de vivir libres en las tierras de su país, esta acción adquiere mayor relevancia durante el periodo de exilio que vive la comunidad en Panamá, si bien ellos no eran perseguidos por la violencia durante su exilio, el deseo por volver a sus tierras y vivir libres en ellas, hace que posteriormente regresen al país.

La comunidad Ciudad Romero por medio del discurso narrativo de su exilio, transmite la representación de una comunidad que sigue buscando el desarrollo local, es decir que los sujetos se ven como un grupo que ha tenido que ir sobrellevando diversas dificultades a lo largo de su historia, tales como ser perseguidos por el ejército nacional en los 80, o en la actualidad con los casos de ERC que se presentan en la zona, o el recién acoso de las pandillas en su

comunidad, poder superar estas dificultades les han permitido de cierta forma desarrollar una relativa autonomía de las instituciones estatales.

Dicha autonomía se ha logrado gracias a la ayuda internacional en formas de ONG presentes en la zona de Lema, es de aclarar que la ayuda brindada por estas instituciones si bien han contribuido a mejorar las condiciones de vida de los pobladores de las diferentes comunidades que componen el Bajo Lempa, *“clínica, casa comunitaria, iglesia, cementerio, escuela, pero eso lo hemos logrado por la ayuda de las ONG que nos ayudaron”* (Adela: 2014).

Los pobladores dejan claro que se han existido avances los cuales contribuyen al desarrollo comunal, pero también son conscientes que aún hace falta trabajar, como, por ejemplo, el aumento de violencia que se estaba presentando dentro del Bajo Lempa, o el aumento de los casos de ERC presentes en la comunidad, es por ello que alcanzar el sueño de vivir en libertad dentro de su tierra natal aún se sigue construyendo.

3.6 CONTEXTO ACTUAL DE CIUDAD ROMERO

En la actualidad Ciudad Romero tiene 25 años de haber repoblado las tierras del Zamorano. El nombre de Ciudad Romero nace cuando las familias estaban exiliadas en Panamá, se llegó a un consenso de bautizar su asentamiento en Panamá como Ciudad Romero, posteriormente cuando regresan a repoblar las tierras del Bajo Lempa, deciden mantener el nombre.

IMAGEN N° 2
MAPA DE CIUDAD ROMERO



Fuente: cooperativa MANGLE, 2014.

Su aniversario es el día 24 de marzo (en honor a Monseñor Romero), es en esta fecha que se celebran dos acontecimientos importantes que serían; en primer lugar, el día de la repoblación y segundo el aniversario del asesinato de Monseñor Óscar Arnulfo Romero Galdámez. Los preparativos para la celebración apertura el 20 y finaliza el 24 de marzo, en esta semana se realizan diversas actividades entre fiestas, torneos de fútbol, carrera de cintas, carrera de bicicleta, entre otras.

Ciudad Romero, según datos que maneja el ECO Especializado local, cuenta con alrededor de 274 familias, con una aproximación total de 1,000 personas entre niños, mujeres y adultos. Parte de los recursos con los que cuenta es una escuela, eco especializado (unida de salud), instituto de bachillerato, comités de mujeres, de jóvenes, una ermita, zonas verdes, una radio comunitaria (Radio Mangle), casa comunal que funge de albergue.

3.7 CONFIGURACIÓN DE GRUPOS DOMÉSTICOS DE CIUDAD ROMERO

Según el Artículo 2 del Código de Familia salvadoreño, define a esta como, *“el grupo social permanente, constituido por el matrimonio, la unión no matrimonial o el parentesco”*.

Esta es la definición oficial del Estado salvadoreño sobre cómo se debe entender la composición del grupo familiar en El Salvador, sin embargo, esta definición está hecha para usarse dentro del aparato jurídico del país. Entonces se debe entender que la conformación de los grupos familiares depende del contexto sociocultural en el cual se encuentren, es decir la familia debe ser comprendida como; *“una institución dinámica sujeta a cambios continuos, dependiente de factores culturales, sociales, de época y lugar”* (PNUD: 2005)

En el caso salvadoreño, cabe mencionar que una de las características de los grupos familiares es que se tiende a reconocer a los parientes tanto de la línea patrilineales como matrilineales, es decir que se reconocen a los familiares por parte del padre y por parte de la madre.

En las familias se reconoce el poder en la figura del hombre (patriarcado), en el recaen las funciones. También se tiende a reconocer como miembros de la familia a personas que no tengan un vínculo consanguíneo, es decir por afinidad.

Las familias de Ciudad Romero, en su mayoría, provienen de la repoblación que se dio en el Bajo Lempa durante y después del conflicto armado. Cuando llegaron al Bajo Lempa eran alrededor de 100 o 120 familias, en la actualidad son un aproximado de 190 o 200. Los grupos familiares, tienden a configurarse cuando un hombre y una mujer deciden acompañarse, cuando esto sucede por lo general, el hombre se lleva a la mujer a un terreno donde construye un cuarto y posteriormente la van ampliando. Por ejemplo, los grupos familiares que son comunes están compuesto por los abuelos, hijos y las esposas de ellos y los nietos.

La configuración de los grupos domésticos en Ciudad Romero, se da como menciona David Robichaux, (2007) en “ciclos de desarrollo”, los cuales como han sido reportado etnográficamente en prácticamente todos los grupos lingüísticos indígenas del área geográfica mesoamericana de México, Guatemala y el sur de Nicaragua.

Cabe recordar que El Salvador forma parte del área mesoamericana y es por tal motivo encontrar estos ciclos de desarrollo en los grupos familiares de las zonas rurales del país es muy recurrente.

Según David Robichaux (2007), los ciclos de desarrollo domésticos son los siguientes:

La virilocalidad inicial temporal de los hijos varones mayores y la salida de las hijas para ir a vivir a la casa de sus suegros.

El establecimiento, después de cierto tiempo de las nuevas unidades de residencia de los hijos varones en los alrededores de las casas paternas frecuentemente en el mismo patio.

La permanencia de ultimogénito en la casa paterna la cual hereda en compensación por cuidar a sus padres en la vejez.

Los ciclos de desarrollo de grupos domésticos, en efecto tienden a reproducirse en las familias de Ciudad Romero. En la gran mayoría de casos las mujeres al acompañarse con un hombre de la comunidad, tienen a irse a vivir con él a una casa que este cerca o en el mismo terreno donde viven los padres del hombre. También se da la tendencia del hijo menor, el cual es el último de irse de la casa y en muchas ocasiones él se encarga de los padres, empero en las familias de Ciudad Romero se puede ver que ese rol del hijo menor puede ser asumido por los nietos o esposas, esto se debe al alto índice de migración que existe en la zona.

En cuanto a la distribución de roles dentro de las familias, tal como menciona Ignacio Martín-Baró (1988), se da el estereotipo de “*distribución ideal de trabajo*”, es decir, el encargado de buscar el sustento del hogar y tomar las decisiones de este, son los hombres, es decir estos asumen el rol de proveedores del hogar, mientras las mujeres, asumen el rol de amas de casa (Martín-Baró: 1988).

Los hombres salen a la milpa, si tienen ganado salen con él o mientras que las mujeres se quedan en la casa, cuidando a los niños que no están en edad de ir a la escuela, en la mayoría de hogares las mujeres hacen las tortillas, siendo pocas familias las que las compran, también cuidan diferentes aves domésticas entre otras actividades referente al hogar.

En ese sentido como menciona Martín-Baró, las mujeres no son remuneradas por el trabajo que desempeñan en el hogar, pues se ve como algo natural el rol que esta desempeña en el hogar. Por lo contrario, al hombre se le reconoce el poder en la figura del hombre (patriarcado). Pues es él quien “lleva el sustento al hogar”, caso contrario de la madre que se ocupa de las labores domésticas. Aunque cuando se trata de tomar decisiones que afecten al hogar la palabra de las mujeres es tomada en cuenta, pues los hombres reconocen abiertamente el poder de ellas

entorno a este, *“es de preguntarle a ella cualquier cosita de la casa, ella es la jefa”*. Los roles en las familias no se deben entender como definidos pues los seres humanos somos capaces de desarrollar múltiples roles, por un lado, se puede desempeñar el rol de padre, de tío, de esposo, de hijo entre otros. (Martin-Baró: 1988).

Como se ha dicho la mujer tiende ser relegada a los oficios domésticos, pero existe en la comunidad una cooperativa, donde se le da a las mujeres cursos para alcanzar la equidad de género. También cuentan con la ayuda de diversas instituciones que buscan el desarrollo de las comunidades, entre ellas una que se llama la Coordinadora del Bajo Lempa y Puerto el Triunfo, estas se enfocan en brindarles capacitaciones que les ayuden a conseguir un mayor desarrollo, es decir que las comunidades tengan una autonomía mayor.

3.8 MEDIOS DE SUBSISTENCIA EN CIUDAD ROMERO

En Ciudad Romero, la mayoría de las familias se dedican a la agricultura, siendo esta actividad la principal fuente de subsistencia, *“aquí somos puramente campesinos y nos dedicamos a sembrar y a cosechar, hay otras personas que se dedican más a la ganadería, pero son pocos”* (Residente de Ciudad Romero: 2014). El cultivo principal para la subsistencia es el maíz. Además de otras actividades económicas como la ganadería, tiendas, crianza de animales como cerdos, caballos, gallinas, patos, entre otros.

En cuanto a trabajo asalariado, no hay datos concretos, pero se sabe que algunos habitantes trabajan dentro de la comunidad como en la escuela y también fuera de ella.

Por otro lado, la migración hacia los Estados Unidos y Panamá es dinámica en Ciudad Romero, generalmente los que se van son los hombres, también salen mujeres, en menor medida, y es gracias a la migración que se está configurando grupos familiares donde los que se van dejan a sus hijos bajo el cuidado de sus

padres, es decir, que el abuelo o la abuela terminan criando a los hijos de sus hijos, esto puede durar hasta el momento que los padres de los jóvenes decidan que deben emigrar también.

Las remesas, son un ingreso importante no para una familia de Ciudad Romero sino para la mayoría (sino es que todos). Debido al exilio que hubo hacia Panamá, muchos tuvieron hijos que hoy día residen en este país. Según nos comentan los habitantes de la comunidad son raros aquellos que decidieron quedarse en El Salvador y viajar de vez en cuando a Panamá. Mientras que otras familias, de acuerdo a los datos etnográficos obtenidos, cuentan con dos o más parientes de su grupo familiar en Estados Unidos.

Por otro lado, retomando a Carlos Lara en su libro *Joya de Cerén* (2003), se puede decir que en Ciudad Romero sus habitantes son semi-campesinos, es decir que no solo viven de la economía de subsistencia, que sería la milpa, sino que la combinan con otras actividades propias de economía empresarial capitalista, como por ejemplo, la corta de caña en temporada de esta.

CAPITULO N° 4

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

En este capítulo se aborda los antecedentes de la enfermedad renal crónica, se explicará en que consiste el daño renal, además de mencionar los estudios que se han realizado a nivel nacional como el primer caso registrado en Ciudad Romero.

CAPITULO N° 4

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

4.1 DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Los seres humanos en general contamos con el funcionamiento de ambos riñones, siendo los encargados de eliminar los desechos metabólicos del cuerpo, a través de la orina, la cual se compone en su mayor parte por, urea, potasio, fosfato, sulfato, creatinina.

Otra función de los riñones es la regulación de los equilibrios hídricos y eléctricos, excreción de sustancias bioactivas (hormonas y múltiples sustancias extrañas, en especial fármacos) que afectan la función corporal, regulación de la presión arterial, regulación de la producción de eritrocitos, regulación de la producción de vitamina D y glucogénesis.

Los riñones se encuentran fuera de la cavidad peritoneal en contacto estrecho con la pared abdominal posterior, uno a cada lado de la columna vertebral. Están constituidos por unidades funcionales llamadas nefronas las cuales están formadas por un glomérulo y un túbulo.

Es en el glomérulo, donde se produce el ultra filtrado del plasma, el cual contiene moléculas pequeñas como, urea, creatinina, glucosa e iones, los cuales pasan al espacio capsular y posteriormente a los túbulos, es en estos donde se reabsorbe agua y sustancias químicas como aminoácidos y iones, concentrándose las sustancias de desechos y el exceso de agua que terminan excretándose en uno o dos litros de orina diaria.

Los riñones como hemos mencionado dan el equilibrio al cuerpo humano, por ello si se presenta alguna falla en estos, pueden provocar, *“alteraciones en la función de todos los sistemas del organismo”*, (Estrada y Moreno; 2009: 3). La definición de Enfermedad Renal Crónica (ERC) era tomada para hacer referencia a múltiples fallas renales, fue hasta el año 2002 que la National Kindney Foundation propuso

a través de una guía de prácticas clínicas la definición de la ERC como, “una disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) o por un aclaramiento de creatinina estimados $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses” (Cabrera, 2004. 28).

Por lo tanto, la ERC es;

“un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal (TRR), es decir diálisis o trasplante para poder vivir” (Estrada, Moreno, 2009:1).

La ERC se caracteriza además por, “una pérdida gradual de la función renal de modo que en las etapas tempranas con frecuencia los pacientes están asintóaticos y puede no detectarse la enfermedad hasta que el daño renal es muy severo”, (Estrada y Moreno; 2009: 8).

La guía de la National Kindey Foundation divide la ERC en cinco estadíos (ver tabla 2).

TABLA N° 2
CUADRO DE LOS CINCO ETAPAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL

| Estadíos de la ERC | Descripción del riesgo en el paciente | Filtrado Glomerular (ml//min/1.73m ²) |
|--------------------|---------------------------------------|---|
| Riesgo de la ERC | Paciente con riesgo | ≥ 90 con factor de riesgo renal |
| Estadío 1 | Daño renal con FG normal o aumentado | ≥ 90 |
| Estadío 2 | Daño renal con leve disminución de FG | 60-89 |
| Estadío 3 | Moderada disminución del FG | 30-59 |
| Estadío 4 | Severa-grave disminución del FG | 15-29 |
| Estadío 5 | Falla renal | < 15 o diálisis |

Fuente: Estudio Nefrolempa 2009

En el primer estadio la presencia de caracteriza por la presencia de daño renal con FG normal o aumentada, 90ml/min/1.73m². En este estadio la enfermedad se presenta en las personas como asintomática, es decir que esta no presenta síntomas previos, como dolores o malestares, es por ello que las personas en este estadio, donde no existe dolencias físicas tienen la percepción de gozar de una salud estable.

En el segundo estadio el daño renal se representa por una disminución de la FG entre 89 y 60 ml/min/1.73m². Al igual que el primer estadio, las personas no tienen la percepción de estar sufriendo daño renal alguno.

El tercer estadio se representa por una disminución de la FG entre 30 y 59 ml/min/1.73m², este estadio se divide en dos etapas, siendo la primera cuando el paciente con FG entre 59 y 45 ml/min/1.73m², mientras la segunda es de una disminución de FG entre 44 y 30 ml/min/1.73m².

En este estadio la disminución de las funciones renales provoca la acumulación de sustancias tóxicas en el torrente sanguíneo, según el estudio de insuficiencia renal crónica de la unidad de proyectos especiales de la Universidad Nacional Autónoma de México (2009), *“los pacientes comúnmente presentan síntomas y complicaciones típicas como hipertensión, anemia y alteraciones del metabolismo óseo”* (Estrada y Moreno;2009:9)

Algunos de los síntomas incluyen fatiga relacionada por la anemia, edema por retención de agua corporal, dificultad para conciliar el sueño debido a prurito y calambres musculares, cambios en la frecuencia urinaria, espuma cuando hay proteinuria y coloración oscura que refleja hematuria.

El cuarto estadio es cuando el daño renal se encuentra avanzado, y se considera que el paciente es crónico, la disminución del FG es del 15 y 30 ml/min/1.73m². Los síntomas que se presentan en este estadio son, náusea, sabor metálico, aliento urémico, anorexia, dificultad para concentrarse y alteraciones nerviosas como entumecimiento y hormiguero de las extremidades.

El quinto estadio el daño renal es crónico terminal y la FG es de 15 ml/min/1.73m². En este estadio el paciente necesita ser dializado o someterse a un trasplante de riñón para poder sobrevivir.

Tanto la hemodiálisis como la diálisis peritoneal, son técnicas consolidadas de tratamiento de la enfermedad renal crónica en estadio 5. Ambas comparten esta posición con el trasplante renal, que es la técnica de elección por sus mejores resultados en cuanto a mortalidad, morbilidad y calidad de vida.

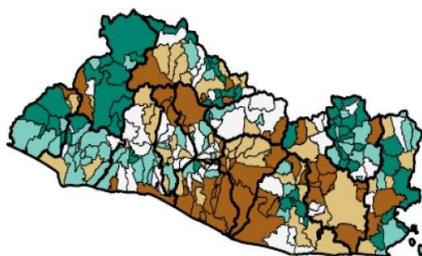
Sin embargo, no todos los pacientes con ERC en estadio 5 son susceptibles de trasplantarse (Montenegro; 2009: 93)

4.2 ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD RENAL EN EL SALVADOR

En El Salvador, un estudio publicado por la revista Panamericana de Salud Pública, (2002; pág. 202-206), comenzó a develar la peculiar situación de la ERC. Dicho estudio, demostró que la mayoría de personas con esta enfermedad provenían de zonas específicas del país, por ejemplo, la zona costera es donde se presentan un elevado número de personas enfermas, según el estudio son hombres entre edades de 16 a 51 años los que se ven mayormente afectados.

IMAGEN N° 3

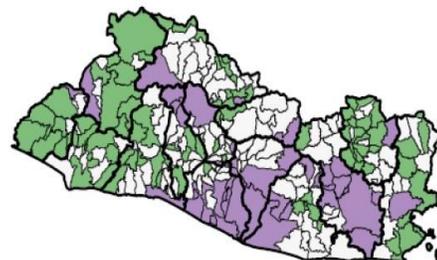
Tasas acumuladas de casos de IRC notificados por primera vez, El Salvador 2011-2014.



Tasa acumulada x quintiles (100 mil h.) # munic.

| | |
|------------|----|
| 0 - < 13 | 53 |
| 13 - < 33 | 52 |
| 33 - < 54 | 52 |
| 54 - < 87 | 52 |
| 87 - < 573 | 53 |

Municipios con alta y baja afectación por Insuficiencia Renal Crónica, El Salvador 2011-2014



Áreas de alta y baja afectación* No. municipios

| | |
|----------------------|-----|
| Baja afectación. | 84 |
| Afectación esperada. | 133 |
| Alta afectación. | 45 |

Fuente: MINSAL, 2015

El estudio manifestó que el incremento de la ERC en esta zona, se debe a la falta de prácticas de prevención en el manejo de agroquímicos, pues la franja costera tiene un alto porcentaje de producción agrícola, en la década de los 60 estas tierras contaban con plantaciones de algodón a gran escala.

Por lo tanto, el uso y exposición a herbicidas, abono y plaguicidas han sido frecuentes por parte de los pobladores de esta, convirtiendo esto en un hecho habitual.

Dicha zona es principalmente agrícola habitada por campesinos de muy escasos recursos económicos sin seguridad social. Su dieta consiste básicamente en cereales, princiante maíz y frijol rojo, así como también café.

Las mujeres en su mayoría, suelen dedicarse a labores domésticas y los hombres proporcionan el aporte económico al grupo familiar trabajando en el campo, muchas horas bajo el sol, habitualmente sin una ingesta adecuada de líquidos.

En el boletín epidemiológico 2014-2015, publicado por el Ministerio de Salud de El Salvador, muestra la incidencia de la ERC por sexos y edades en los años 2013-2014, a una “razón de hombres/mujeres de 2:1, con mayor riesgo de la enfermedad para el sexo masculino” (MISAL; 2015: 2).

TABLA N° 3

INCIDENCIA DE NOTIFICACIÓN DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO, AÑOS 2013-2014, EL SALVADOR

| Edad | Año 2013 | | Año 2014 | |
|--------------|-------------|-----------|-------------|-----------|
| | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| <1 año | 2 | 2 | 8 | 7 |
| 1 a 4 años | 0 | 0.0 | 3 | 0.3 |
| 5 a 9 años | 0 | 0.0 | 5 | 0.9 |
| 10 a 19 años | 23 | 2 | 46 | 4 |
| 20 a 29 años | 50 | 5 | 59 | 5 |
| 30 a 39 años | 85 | 10 | 110 | 13 |
| 40 a 49 años | 137 | 21 | 174 | 27 |
| 50 a 59 años | 221 | 48 | 269 | 57 |
| > 60 años | 526 | 78 | 583 | 83 |
| Sexo | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| Hombres | 901 | 31 | 690 | 23 |
| Mujeres | 356 | 11 | 354 | 10 |
| Total | 1044 | 17 | 1257 | 20 |

Fuente: MINSAL, 2015

En otros estudios de investigaciones epidemiológicas de base poblacional como el Nefrolempa (2009), reportó una prevalencia puntual de enfermedad renal crónica en todos los estadios de 17.9 por cien adultos, con predominio del sexo masculino con 25,7 y 11,8 para el sexo femenino; la IRC de 9.8 por cien adultos con predominio del sexo masculino 17.0% en comparación con el sexo femenino, 4.1%. En cuanto a la causa, en la mayoría el 54.7% no es ni la diabetes mellitus ni la hipertensión arterial, ni otra enfermedad renal primaria, es decir, su causa es desconocida.

Dicho estudio arrojó que existe incidencia de metales pesados en el agua subterránea, Nefrolempa (2009);

Según el boletín epidemiológico (2015), la tasa de letalidad de ERC en el 2014, por departamento muestra un incremento en siete de los 14 departamentos, lo que supondría un incremento con respecto al 2013. Los departamentos con mayor tasa de letalidad corresponden a Usulután, San Vicente, San Salvador.

TABLA N° 4
TASA DE LETALIDAD DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA POR DEPARTAMENTO, AÑOS
2013-2014, EL SALVADOR

| Departamento | Egresos | | | | Fallecidos | | | | Tasa de Letalidad | | |
|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|-----------|-------------------|-------------|---------------|
| | Casos | | Diferencia | | Casos | | Diferencia | | 2013 | 2014 | % Diferencia* |
| | 2013 | 2014 | Casos | % | 2013 | 2014 | Casos | % | | | |
| Usulután | 637 | 538 | -99 | -18 | 78 | 86 | 8 | 9 | 12.2 | 16.0 | 3.7 |
| San Vicente | 328 | 361 | 33 | 9 | 21 | 36 | 15 | 42 | 6.4 | 10.0 | 3.6 |
| San Salvador | 1,065 | 846 | -219 | -26 | 117 | 116 | -1 | -1 | 11.0 | 13.7 | 2.7 |
| Cuscatlán | 203 | 156 | -47 | -30 | 17 | 16 | -1 | -6 | 8.4 | 10.3 | 1.9 |
| La Paz | 456 | 379 | -77 | -20 | 39 | 39 | 0 | 0 | 8.6 | 10.3 | 1.7 |
| San Miguel | 998 | 924 | -74 | -8 | 128 | 127 | -1 | -1 | 12.8 | 13.7 | 0.9 |
| La Libertad | 483 | 486 | 3 | 1 | 47 | 49 | 2 | 4 | 9.7 | 10.1 | 0.4 |
| La Unión | 470 | 486 | 16 | 3 | 63 | 59 | -4 | -7 | 13.4 | 12.1 | -1.3 |
| Ahuachapán | 336 | 359 | 23 | 6 | 37 | 34 | -3 | -9 | 11.0 | 9.5 | -1.5 |
| Sonsonate | 491 | 586 | 95 | 16 | 45 | 40 | -5 | -13 | 9.2 | 6.8 | -2.3 |
| Santa Ana | 672 | 734 | 62 | 8 | 67 | 56 | -11 | -20 | 10.0 | 7.6 | -2.3 |
| Cabañas | 118 | 144 | 26 | 18 | 11 | 10 | -1 | -10 | 9.3 | 6.9 | -2.4 |
| Chalatenango | 164 | 140 | -24 | -17 | 19 | 7 | -12 | -171 | 11.6 | 5.0 | -6.6 |
| Morazan | 128 | 172 | 44 | 26 | 24 | 14 | -10 | -71 | 18.8 | 8.1 | -10.6 |
| Nicaragua | 0 | 1 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Guatemala | 54 | 33 | -21 | -64 | 2 | 1 | -1 | -100 | 3.7 | 3.0 | -0.7 |
| Honduras | 21 | 14 | -7 | -50 | 3 | 0 | -3 | | 14.3 | 0.0 | -14.3 |
| Total | 6,624 | 6,359 | -265 | -4.2 | 718 | 690 | -28 | -4 | 10.8 | 10.9 | 0.01 |

Fuente: MINSAL, 2015

4.3 PRIMER CASO DE MUERTE REGISTRADO DE LA ERC EN EL ZAMORANO

El primer caso de muerte por ERC que registraron en el cantón Zamorano, ocurre a mediados del año 2006, cabe mencionar que este no fue la primera persona que murió de ERC dentro del Zamorano, como bien han mencionado los pobladores de Ciudad Romero, con anterioridad la gente moría y ellos no sabían si estas eran causadas por una enfermedad en concreto. Este fue el primer caso donde se manejó que la muerte fue ocasionada por ERC de forma oficial dentro de las comunidades del Zamorano.

“El primer caso de insuficiencia renal que murió fue en Nueva Esperanza verdad, eh hubo un hombre que anduvo trabajando y ese hombre salió bien de mañana a fumigar, y dos horas nomas había trabajado, cuando ya iba bien cansado, no podía hablar un temblor en el cuerpo entonces toda la gente pensó se enveneno y en ese momento nosotros ayudamos para llevarlo a Zacatecoluca a que le hicieran un chequeo, fue como a las cinco de la tarde, pues cuando llegamos allá, este le hicieron todos los exámenes y en los exámenes nos dimos cuenta que este hombre tenía la creatinina a 27 y normalmente toda persona tenemos que tener la creatinina, el límite es 1.4-1.5, hasta ahí uno se puede controlar verdad, entonces ese hombre lo tenía a 27, el potasio lo tenía bajo, la hemoglobina la tenía a 6, entonces el doctor dijo miren esto es un muerto andando ... El Dr. Informo que al paciente se tenía que llevar a su casa porque le quedaba poco tiempo de vida, a las 26 horas murió, así que el Fondo Social de Emergencia dijo vamos hacer una campaña de examen de creatinina a nivel de la zona de las comunidades del Bajo Lempa, salieron bastantes hombres con insuficiencia renal, alrededor de 135...”

“... nosotros somos un grupo que nació en el año del 2005 el fondo social de emergencia, nació en el 2005 con una necesidad grande aquí en El Salvador, eh sentíamos que en ese momento ya se oía hablar de la privatización de la salud entonces el fondo social de emergencia existe de las comunidades eclesiales de base, vimos que teníamos que tener una respuesta pues la gente pobre busca los hospitales porque ahí todo supuestamente era gratis verdad, dada la cosa es que en ese momento ya la gente comienza a ir a las Unidades de Salud a todo el nivel del país, y lo primero es de pasar a colecturía apagar verdad, entonces nosotros dijimos tenemos que tener una respuesta y fue así como surgió el fondo de emergencia”, (citado por Encargada del Fondo Social de Emergencia, 2014).

De esta manera, el Fondo Social de Emergencia da respuesta a diferentes problemáticas que surjan dentro de las comunidades del Bajo Lempa. Cabe señalar que el Eco Especializado en Nefrología de Ciudad Romero y el Fondo Social de Emergencia, se encargan de responder a las necesidades de la población en casos de

emergencias hospitalarias. Ambas instituciones son reconocidas por los pobladores de las comunidades aledañas del Zamorano, esto se debe porque ambas trabajan en búsqueda de resolver además de trabajar por separado, lo cual no significa que tengan un mismo fin.

En términos de ayuda práctica el Fondo Social cubre algunas necesidades presentes en la población, es decir, que trasladan a un paciente al hospital en caso de que lo necesite, son casos sumamente de emergencia. El Fondo cuenta con el equipo requerido Así mismo, realiza campañas de exámenes de creatinina dos veces por año, a partir de estos análisis confirman quienes son los que poseen ERC en primer y/o ultimo estadio. A diferencia del ECO ESPECIALIZADO, el Fondo Social no cuenta con equipo en Nefrología, solo transporta a pacientes. A pesar que el Eco cuenta con instalaciones especiales para casos de ERC, su funcionamiento a la población es mínima.

“En el 2005 y 2009 empiezan a realizar los primeros exámenes de creatinina, y resultan 135 personas con enfermedad renal en su mayoría hombres. Quien estaba realizando los exámenes en ese tiempo fue el Dr. Alejo. Entre las muestras, resultaron personas con creatinina (riñones), azúcar (diabetes), orina (infección en vías urinarias) y presión alta” (Representante del Fondo Social de Emergencia, 2014).

“En Ciudad Romero, hay tres enfermedades: la enfermedad renal, la diabetes y la presión alta. Estas tres son las que están más presentes en las personas” (Representante del Fondo Social de Emergencia, 2014).

Según datos obtenidos en campo, ambas instituciones guardan un registro de pacientes ya fallecidos con insuficiencia renal.

Son alrededor de 85 a 90 fallecidos en su mayoría hombres dedicados a la agricultura. La edad oscila entre 30 a 60 años como edad promedio. En el caso de mujeres, son tres las que están inscritas como fallecidas dedicadas a la labor de ama de casa.

CAPITULO N° 5

INTERPRETACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA ERC

En el presente capítulo se expondrá el concepto social que maneja la población de Ciudad Romero con respecto a la salud y enfermedad. Para contextualizar la forma en la cual se forma este conocimiento, se presentará un caso de una persona con ERC y su día a día, este caso con sus particulares con respecto a otros, encierra representaciones sobre la ERC que son compartidas en los otros casos presentes, a partir de estas representaciones compartidas se desarrollan las visiones de mundo y una forma de entender el daño real y por lo consiguiente también la forma de entender el proceso de salud y enfermedad.

CAPITULO N° 5

INTERPRETACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA ERC

En el departamento de Usulután, el municipio que presenta mayor índice de afectados por la enfermedad renal crónica es Jiquilisco, y la zona donde se concentran estos casos corresponde a las comunidades del Bajo Lempa, de entre estas es Ciudad Romero, donde el desarrollo de la enfermedad ha ido incrementándose con el paso de los años, de tal manera que las personas han desarrollado representaciones sociales entorno a esta insuficiencia, dichas representaciones tienen que ver con la forma de pensar lo que es contar con buena salud y por oposición saber que es tener una enfermedad.

La mayoría de casos presentes en Ciudad Romero, son los de hombres que en su mayor parte se dedican a la agricultura, los cuales suelen estar expuestos a diferentes agroquímicos que les sirven para poder desarrollar su trabajo. Mencionan como las formas de trabajar la tierra a cambiado con el pasar de los años, ya no se hace uso de herramientas como; cumas, corvos, para poder controlar la diversas hiervas, las personas hacen referencia que estos elementos que se han incorporado de manera reciente al trabajo agrícola han contribuido al posible aumento de los casos de ERC. En realidad, esta representación es una de muchas que tienen los pobladores de Ciudad Romero para explicar el origen y aumento de la ERC en la zona del Bajo Lempa.

Desde la Antropología Sociocultural, describimos, interpretamos y analizamos los casos presentes en Ciudad Romero, para contextualizar La vida de la un paciente con ERC dentro de la comunidad, se presenta un caso particular, de entre muchos que existen dentro de la comunidad, este caso aun teniendo sus particulares, engloba representaciones de la enfermedad renal que están presente dentro de conocimiento común de la población de Ciudad Romero.

El día a día de Wilfredo Giménez (51 años), es el caso de un señor que ha dedicado mayor parte de su vida a la agricultura, como una forma de subsistencia.

Este caso es excepcional a diferencia de muchos, pues Wilfredo tiene enfermedad renal crónica en el último estadio, es decir el 5, el tienen que someterse a diálisis peritoneal diariamente para poder desechar las diferentes toxinas que produce su cuerpo en el día, por tanto, las condiciones de Wilfredo de entender su vida cotidiana, no son las mismas que podrían tener otras personas diagnosticadas con estadio 2 o 3 como otros diagnosticados en Ciudad Romero.

5.1 WILFREDO Y EL DÍA A DÍA.

El día comienza escuchando el cantar de las aves y para Wilfredo da inicio la rutina, a las 5 a.m. debe hacer la primera sesión de cuatro, de la diálisis peritoneal, para tal labor no es necesario despertar a los demás miembros de su hogar, ya que su esposa Marta y sus dos hijas están despiertas desde las tres de la mañana para hacer diferentes oficios hogareños, el día demanda trabajo desde horas tempranas para la mayoría de las familias de la comunidad, ellas madrugan para hacer tortillas y comida que llevaran a la jornada diaria Manuel (27 años) y Antonio (22) hijos de ella y de Wilfredo, ellos aun duermen a las 3 a.m. pero seguro el sueño no es profundo, dentro de una hora se levantan a beber una taza de café, ese que se calienta en la hornilla, desayunaran y saldrán rumbo a la parcela, donde cultivan la milpa, de la cual esperan obtener los granos necesarios para subsistir otro año.

Su casa está construida con ladrillo rojo en su mayoría, una parte de tejas y otra parte en el corredor con láminas, la casa cuenta con tres cuartos, sus condiciones no son precarias, pero su estilo de vida es diferente a vivir en una zona urbana, Marta y sus hijas cocinan haciendo uso de gas y leña, es en la hornilla donde utilizan la leña, esta es construida manualmente con barro y es aquí, donde colocan el comal para hacer tortillas y otros alimentos.

En su hogar, tienen mascotas con los cuales sus nietos que son 2 niñas y un niño, se divierten jugando jalándoles la cola, perros y gatos. Poseen un número considerable de aves, principalmente gallos y gallinas. Además, de su pequeño ganado, un par de vacas, caballos y cerdo.

Su casa se encuentra en el centro de la comunidad y está frente a un comedor llamado “belencillo”, y Marta colabora junto a otro grupo de mujeres a hacer refrigerio cuando hay celebraciones, misa y otros eventos en la comunidad.

Tiene electricidad y agua potable, pero no disponen de otros servicios como, por ejemplo, el tren de aseo. En este caso, queman la basura, o buscan otras alternativas al respecto.

En cuanto a trabajo salariado, sus hijos trabajan la parcela, Marta e hijas, se dedican a las labores domésticas, ayudan a su madre, y luego se retiran para sus propios hogares, pues ambas tienen esposo e hijos y viven cerca de la familia en la misma comunidad.

La relación familiar es muy estable, y Marta cuenta de cómo sus otros hijos que están fuera del país, ayudan económicamente al hogar. Ellos saben del desarrollo de la enfermedad que ha tenido su padre Will, y es por ello, que ese vínculo familiar es aún más fortalecido.

Wilfredo, espera que su esposa limpie un cuarto, ya que, en este, ella realizará el procedimiento de la diálisis peritoneal al cual se somete desde hace un par de años. Entra al cuarto cuando este se encuentra preparado, cabe mencionar que este cuarto no es elegido al azar, este cuarto se ha designado específicamente para las cuatro diálisis que realiza Wilfredo en el día.

Cuando le preguntamos por qué debe tener un cuarto especial para hacer el procedimiento, él nos respondió que se debe hacer en una habitación suficientemente amplia e higiénica, para poder evitar algún tipo de infección, ya que en el procedimiento de la diálisis peritoneal se expone el catéter al aire, y si el ambiente donde se realiza el procedimiento no está totalmente limpio corre riesgo de que se le infecte el área donde está colocado el catéter.

El procedimiento dura aproximadamente de 30 a 40 minutos, después de realizarse la primera diálisis, le faltan tres aun, pero esas las realizará en el

transcurso del día. Wilfredo, se ayuda de su esposa Marta, quien sonriente mientras limpia el espacio del cuarto, relata cómo su esposo hace a diario el mismo proceso, mismo que fue aprendido en el ECO Especializado de Ciudad Romero.

Marta, explica cómo en una semana logró aprender y entender el proceso para hacer la diálisis a su esposo en el hogar, sin necesidad de acudir a San Miguel, donde se encuentra el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, donde se atienden la mayoría de personas con enfermedad renal crónica de la zona oriente del país, según comenta Wilfredo dicho hospital carece de las condiciones óptimas para atender a la demanda de enfermos con ERC, es por ello que realizar las diálisis en casa significa un alivio en cuanto a la comodidad de no transportarse hasta San Miguel.

Son las 6:00 a.m. Wilfredo se dirige al patio buscando una hamaca que tiene en el corredor de su vivienda, ahí descansa mientras espera el desayuno, es en esta pausa que nos habla sobre su antiguo rol en la familia, él, nos comenta que ha sido un hombre dedicado a la agricultura desde siempre, él se crio en los campos sembrando, sacando las tareas, trabajando con sus manos.

El hogar de Wilfredo, es sumamente amplio, dispone de un espacio con muchos árboles de frutos a su alrededor y plantas florales, entre ellos, mango, aguacate, guayaba, banano, limón, plantas como, rosas, orquídeas entre otros, y pastos.

Wilfredo curiosamente, nos cuenta de sus dudas sobre las posibles causas que le originaron la ERC, en un principio, el médico le informó que su enfermedad, era producto del uso de agroquímicos, pero esa premisa le genera ciertas dudas, él nos cuenta sobre casos de niños diagnosticados con ERC, que no se han expuesto a regar veneno, comenta; *“como va una niño andar con la bomba regando veneno”*, por lo tanto deduce que los niños no han sido expuestos al contacto directo con los agroquímicos o trabajando agricultura intensa, empero Wilfredo concibe una posible explicación para los casos de los niños con ERC, rápidamente nos dice, *“ahora todo trabajo agrícola se usa con venenos, entonces*

ese veneno lo comemos sin saberlo, los niños como su cuerpo es más débil que el de un hombre o mujer, le afecta el veneno más rápido”.

Wilfredo, como muchos, es un hombre de mayor edad 51 años, entregado al hogar, siempre ha estado pendiente en las necesidades básicas de su familia, pero ahora esta acostado en la hamaca, estando ahí, se le acerca una de sus hijas la menor Flor de 26 años y le entrega su desayuno. Su plato está acompañado de huevos, frijoles salcochados y una tortilla de maíz, y una botella con agua, muy contento nos dice *“solo esto no me hace daño, a veces como poquito pero hoy si tengo hambre”.*

Mientras desayuna, nos permite seguir conversando con él, dándonos un par de sillas plásticas, y a un costado de él, continuamos con el dialogo.

Entre recuerdos, afirma que, a partir del año de 2009, comienza a darse cuenta de que tiene insuficiencia renal. En Panamá, dice, una vez estando allá, se alojaron y empezaron a trabajar, su estadía fue por 11 años y comenzaron a tener un estilo de vida similar al que tenían en El Salvador.

Él nos dice que la mayoría de las familias se dedicaron en su mayoría a la agricultura, entre lo que más se destaca de sus cultivos es el cacao y coco entre otros. Recuerda que cada vez que frecuentaba su tierra donde se dedicaba a la agricultura, el preparaba regadíos y quemas de maleza con agroquímicos, explica que nunca uso protección adecuada, aunque él sabía que era necesario hacer uso de, por ejemplo, mascarillas, guantes ni mucho menos *“ropa adecuada”* para no sufrir contacto físico con el producto en manipulación. Piensa que eso pudo haber sido un factor principal para que se le desarrollara la ERC.

Recuerda que su primera diálisis fue sorpresiva: *“la primera vez que me la hice la tenía a 2, caí una vez que la tenía a 26, sentía mareos, me estaba hinchando, y, los labios los tenía blancos, estaba con potasio alto, todos los miércoles me estaban llevando a la unidad de salud o tenían que llevarme al hospital”.*

Wilfredo, dice que el doctor no se explica, cómo es que seguía aún con vida. Su primera diálisis la realizó cuando su enfermedad estaba ya avanzada, no se daba cuenta de que la tenía.

“yo no sentía nada, siempre me dedique a la tierra, sembrando, nunca tuve alguna reacción, y hacia bastante uso de agroquímicos, pero todo seguía igual, todos los días hacia lo mismo, pero nunca me sentí enfermo, de repente fue que me sentí mal pero ya hoy de último...eso de la enfermedad renal es silenciosa o avisa de repente siente uno los síntomas, porque yo nunca pensé que padecía de eso”.

A partir de la primera diálisis a la que se él se sometió, lo diagnostican con enfermedad renal en estadio 4, por tanto, entra en la categoría de crónica en fase terminal, en esta etapa el organismo del paciente ya no responde “normalmente”. El cuerpo empieza a reaccionar físicamente, manifestándose los posibles síntomas que podrían aparecer, aunque muchos afirmen que no ven ni sienten nada. El caso de Wilfredo, él observó que su cuerpo estaba un poco más hinchado, con pérdida de apetito, sin ánimos de salir, y con más ansia de pasar reposado en cama durmiendo.

Cuando Wilfredo fue diagnosticado con ERC, no existía unidad de salud en la comunidad, es por ellos que tenían que ir hasta el Hospital Nacional de San Miguel, en estos viajes a tierras migueleñas le acompañaba su esposa. Llegar hasta dicho recinto médico, representa un esfuerzo en los recursos económicos de las familias, las enfermedades siempre resultan ser un inconveniente para la mayoría de las familias de la comunidad, *“eso de viajar en bus con esta enfermedad es duro”*, para llegar a la cita tenían que salir de madrugada, pero eso valía poco, pues siempre les tocaba hacer fila:

“Eso de ir a los hospitales no es fácil, más en los públicos, en los privados como uno gasta lo atienden mejor, pero en los públicos se tiene que morir alguien para que le den cita de diálisis, solo así puede entrar uno cuando otro muere”.

“Varias veces, vi como morían hombres en las camillas, ya no les pueden hacer nada, y son bastantes, a parte que hay que esperar a que se muera uno para poder pasar otro, no hay atención para todos al mismo tiempo, yo siempre voy

de mañanita, lo demás me ayuda mi esposa, yo solo no podría, ella prepara todo, y está pendiente de la comida también, no puedo comer cualquier cosa, deben ser con poca grasa, más fruta, no debo tomar café ni soda, más agua pero poca, no puedo consumir muchos líquidos, a veces me dan ganas de tomar cualquier cosita, pero no se puede, de repente me hincho y así no puedo caminar, así no puedo hacer nada, ya casi no salgo, solo por ratos que salgo al patio a recibir aire, camino por ratitos a modo de no estar solo reposando, me aburro o veo que me pongo hacer, es que a veces me siento desanimado pero es por ratos, de repente no me da nada de hambre pero otras veces como bastante y ya me siento aliviado”.

En ese momento interviene Marta y comenta.

“fije que una vez que él se me puso bien enfermo, casi se muere, el no recordaba nada no estaba en sus cabales, lo llevamos hasta San Miguel y lo ingresan, los pacientes de ERC en el hospital de San Miguel están en la última planta allá se quedó, pero regreso con miedo a los hospitales verdad Will, él responde si, pues se murió uno, que estaba en la camilla de a lado, yo pensaba que yo también me iba a morir”.

Wilfredo con una cara de alivio dice.

“Menos mal ahora me hago las diálisis en la casa, aunque en las otras eran dos veces por semana y estas son cuatro al día. Lo bueno de las otras, era que tenía un poco más de libertad, ahora no me puedo alejar de la casa mucho como tengo que hacerme la diálisis, pero hoy en día ni ganas de salir le dan a uno, salgo a caminar por la comunidad, a saludar algún vecino”.

Los primeros síntomas que Wilfredo noto en su cuerpo fue la inflamación de los pies, *“Un día desperté y me doy cuenta que tenía los pies hinchados, el doctor me dijo que era por la retención de líquidos”*, y ciertamente él tiene las piernas inflamadas, estas hacen contraste con sus brazos, los cuales son delgados, dice que con el correr de los años ha disminuido de peso en los últimos años y cada día que pasa dice sentirse más cansado.

No lo dice, pero se nota un poco triste cuando habla de su enfermedad, lamenta no tener los recursos económicos para ir a un hospital privado, la posibilidad de ir a estos es irreal o mínima para el en este momento, es por ello que en forma de resignación dice no tiene más opciones que asistir a la red pública de hospitales o unidades de salud, que le queden más próximos.

En cuanto al tratamiento él siempre ha seguido las instrucciones que el médico le dicta, cumple con una dieta es estricta, y las labores agrícolas y ganaderas que

antes solía hacer, las ha dejado, no se puede permitir realizar hacer esfuerzo físico, ahora solo puede observar, él sabe que su cuerpo debe estar en reposo y no puede hacer más. Ve con suma alegría a sus nietos correr por el patio siguiendo las gallinas y los perros, mientras sus hijas hacen las labores domésticas, una barre, mientras la su otra hermana hace las tortillas frente a un comal, su esposa Marta, mientras cuida de los nietos que no vayan a tropezarse escucha con atención a lo que su esposo nos dice.

Son las 3:30pm de la tarde, el almuerzo ha pasado, ya el día a transcurrido, para Wilfredo en el hogar, para pasar el tiempo él ha salido a caminar a la tienda a platicado con un par de vecinos y ha estado pendiente de los animales domésticos, además de estar cuidado a sus nietos, pero ya serán las 4 de la tarde y él se prepara para su tercera diálisis del día.

Esta vez, Will se siente y se ve cansado, *“viera que de repente estoy contento, pero de la nada no me dan ganas ni de hablar, siento un poco de dolor, siento que hasta la cabeza me duele, de repente me siento como cansadito”*. Su esposa, nuevamente alista otro catéter, y prepara lo que en seguida hará, la diálisis a su esposo. Esta vez Wilfredo, refleja cansancio y lo que desea es reposar un poco. Marta, nos invita a tomar asiento mientras esperamos pase el tratamiento, ella menciona con mirada triste sentirse resignada de ver a su compañero de vida en ese estado.

Marta dice que gracias a la solidaridad y ayuda mutua que hay entre vecinos, en más de una ocasión han colaboran para llevar a Will en carro y otras, acuden a la Unidad de Salud o Fondo de Emergencia Social, los cuales cuando tienen transporte se dan a la tarea de trasladar a las personas al hospital.

Ella dice;

“Mientras se pueda, nosotros lo cuidaremos si lo dejamos en un hospital se nos muere, por eso decidí ir a charlas y aprender cómo se hace paso por paso esto, mis hijas ven también por si yo no estoy en la casa una de ellas me ayuda o uno de mis hijos...nos hace falta que nos ayude pues antes el hacia todo, hoy

nos toca un poco más de trabajo a nosotros, pero fíjese que los vecinos son bien buenos con uno, a veces nos colaboran con dinerito o comida, ya saben que él está enfermo, y así como el hay bastante solo que Will y otro que se llama Jullio son los que están más avanzados, ambos ya van por dos años de hacerse la diálisis en casa, nosotros también colaboramos con los demás, cualquier cosita, la gente siempre está pendiente”

Marta en ningún momento hizo mención de lo que pasará o de lo que hará cuando su esposo muera, solo en ocasiones interpreto que las cosas seguirían igual, solo que la labores que Will solía hacer, serán sus hijos los que darán continuidad, pero ésta será mínima pues dos de ellos trabajan fuera del municipio, viajan continuamente, pero siendo así, tomaran el rol que Will tiene en este momento.

Son una familia muy unida, y el trato a Will no es particular, Marta dice que no quiere tratarlo como un enfermo, por eso Will no se siente enfermo a excepciones cuando recae, pero de lo contrario, el busca trabajar mínimamente, él no quiere sentir que no hace “nada”, es por ello que la familia lo apoya incondicionalmente y estarán así hasta que la enfermedad tenga la última palabra.

5.2 REPRESENTACIONES SOCIALES DE SALUD Y ENFERMEDAD

La representación acerca de la salud ideal no es independiente de otros componentes de la concepción del mundo sostenida por las personas. Así, las representaciones sobre este tema cubren un espectro que abarca desde una concepción “organicista”, en la que el estado de salud ideal incluye solo la dimensión del cuerpo y su buen funcionamiento, desgajado de la unidad psicofísica, hasta un modelo que podríamos llamar “mentalista”, en el que el estado de ánimo es la medida de la valoración del buen o mal estado de salud.

Las creencias sobre la enfermedad dan forma a los síntomas de quien las sufre y también dan cuenta de su ubicación social, por ejemplo, las personas de Ciudad Romero, al tener el conocimiento de la ERC y al saber que esta no presenta síntomas en las tres primeras fases, tienden asociar un dolor en la espalda baja, como una señal de una posible etapa de la enfermedad renal.

En esta concepción conviene definir cuál suceso es el dominante no como fragmento, sino dentro de la totalidad del sujeto articulado a sus vivencias existenciales, a sus condiciones de vida, dentro de lo que se ha denominado el proceso de producción económica y su entorno social, porque allí se da el devenir de su totalidad, y allí también vive tanto su salud como su enfermedad, y en este universo contradictorio del proceso salud- enfermedad el ser humano busca el sentido de su existencia y el de su futuro (Barona de Infante y Álvarez; 1980:110).

Por ejemplo, la ERC afecta la economía de las familias, como se mencionó en capítulo cuatro, la mayoría de los pobladores de la comunidad son semi-campesinos, los cuales se basan en la economía de subsistencia, por ello cuando un miembro de la familia posee ERC existen limitantes para todo el grupo familiar. En el discurso los miembros de las familias que no pueden pagar el tratamiento de la enfermedad están destinados a morir más rápido, en oposición con las familias que pueden costear el gasto de la ERC.

Por lo general, las familias mejor preparadas para asumir el gasto, son las que tienen un pariente en el extranjero, pues estos aportan con una cuota para el tratamiento del familiar.

“Gastamos bastante, pero sobrevivió bastante, él era agricultor...” (Informante de Ciudad Romero, 2014).

“Mi hermano fue víctima de mala praxis, yo lo llevo al Hospital de San Miguel, no lo llevé aquí a Ciudad Romero, la Unidad de Salud de Nefrología solo es nombre, en la práctica no sé” (Informante de Ciudad Romero, 2014).

“En Estados Unidos, hay el trasplante renal, pero aquí si no tenés dinero te morirás...aquí en El Salvador, anda por los \$50.000, en Cuba anda por \$20.000, eso sí, que en Cuba hay un Banco de Riñón, donante vivo y donante cadavérico, pero solo aplica para los cubanos” (Informante de Ciudad Romero, 2014).

Como se ha mencionado la cultura forma parte de la naturaleza misma de la enfermedad. Es decir, las diferencias culturales se refieren a las maneras diversas de resolver la relación de los seres humanos con su entorno natural y social.

Pero, ¿qué significa estar saludable y enfermo para los pacientes diagnosticados de Ciudad Romero?

En las entrevistas hacen hincapié que estar saludable implica tener una dieta balanceada, manipular agroquímicos con protección adecuada y no estar expuestos a contaminaciones diversas, entre otros. Si se cumplen con estas recomendaciones se estaría garantizando tener según ellos contar con, “buena salud”. No presentar síntomas en el cuerpo es la representación de estar saludable, es por ello que las personas con los primeros dos estadios de la insuficiencia renal dicen no sentirse enfermos, pueden desarrollar las actividades diarias sin sentir mayor cansancio, al no ver que su cuerpo se resiente se consideran aptos para el trabajo diario, aunque tenga un daño renal diagnosticado.

“Se dice que una de las principales causas es que aquí era tierra de algodonerías, se tomaba agua de pozo y se regaba con agroquímicos en las milpas”. (Informante de Ciudad Romero, 2014).

Por otro lado, estar en la condición de “enfermo”, la cual no permite involucrarse en diversas actividades, por ejemplo, el trabajo en la tierra, en el hogar, por el reposo que se debe guardar, incluso ingerir cierto tipo de alimentos, y otros.

“La enfermedad renal, es una enfermedad mortal, se sube la creatinina, la gente se impresiona más, significa muerte. La familia se preocupa mucho, y es de tener dinero...” (Informante de Ciudad Romero, 2014).

“La enfermedad renal, es una enfermedad terminal...” (Informante de Nueva Esperanza, 2014).

“Lo que me mato fue trabajar con los venenos, trabajaba todos los días, me ponía la bomba y me ponía a regar con venenos... hoy estoy enfermo tomando medicamentos” (Informante de Ciudad Romero, 2014).

Estas diversidades culturales influyen en la forma de pensar y actuar de las personas, por lo que la significación de la insuficiencia renal y las implicaciones que tenga para cada sujeto tendrán características particulares, construyéndose así formas singulares de padecimiento, pero se debe tomar en cuenta que estas opiniones no crean una ramificación acerca de supuestos de la ERC, estos se crean dentro de la comunidad y por ello tienden ser ampliamente compartidos por la población pues forman parte de su conocimiento común.

Las definiciones que el común de la gente tenga sobre su padecimiento condicionan los tipos de ayuda buscada y las percepciones de las ventajas del tratamiento. La resistencia a seguir las indicaciones terapéuticas, el consumo autónomo y por propia iniciativa de fármacos, la resistencia y/o incapacidad de asumir comportamientos preventivos, son todos factores que no pueden ser explicados y comprendidos solo en términos de eficacia- no eficacia del sistema de salud.

Todos ellos constituyen aspectos parciales de un fenómeno mucho más amplio vinculado con el hecho de que las personas tienen ideas, que a su vez se traducen en comportamientos, sobre lo que hay que hacer o evitar para mantenerse sano o para curar las enfermedades, en definitiva, sobre lo que es relevante respecto de su salud.

Existe, pues, un complejo mundo de creencias, valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud, que interaccionan permanentemente con la medicina oficial y que informa no solo de las modalidades de gestión de la salud, sino también de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, con el conjunto de los servicios sanitarios, etcétera.

“La enfermedad renal es una enfermedad silenciosa como el cáncer, hay contradicción de su origen, unos dicen que es por el mal uso de agroquímicos... antes utilizaban agroquímicos para las algodonerías, y eran productos prohibidos en el primer mundo... es una enfermedad psicosomática” (Informante de Ciudad Romero, 2014)

Considerar los comportamientos ligados a la salud y a la enfermedad como expresión de un sistema de creencias permite modificar algunos esquemas interpretativos y plantear la hipótesis de que los significados atribuidos a la salud y a la enfermedad dan razón y explican las acciones realizadas por una persona para afrontar una patología o para preservar su salud (Kornblit y Mendes Diz.; 2000:12).

“Hay que adaptarse a vivir con la enfermedad. Mi hermano era productor, y utilizaba agroquímicos. Cuando se dio cuenta de que tenía enfermedad renal crónica, en su última fase estaba en Estados Unidos, de inmigrante ahí por el mes de febrero. Él estuvo en proceso psicológico y físico en este país, y le hicieron alrededor de cinco hemodiálisis. Vieron de que tenía bajo el potasio, fiebre, infecciones, inflamación de pies, entre otros...” (Informante de Ciudad Romero, 2014).

Lo que cualquier persona reconoce como síntoma de un mal es, en parte, una función de la desviación del estándar cultural e histórico de normalidad establecido por la experiencia diaria.

Si alguien considera que está enfermo y que necesita ayuda médica, encuentre aceptación y apoyo dentro de la comunidad, siempre que muestre síntomas que a juicio de otros indican un mal y si los interpreta del modo que a los demás les parezca adecuado.

Una vez la persona adopta su rol de enfermo, ya no puede desempeñar su parte normalmente influyente en el hogar, las personas tienen a desempeñar un rol menos activo dentro de la casa, es el caso de los hombres que generalmente son los encargados de sostener la economía familiar, cuando se enferman tienen que dejar ese rol a otro familiar. Si este intenta desempeñar su labor diaria se les reprocha; si se queja de su mal, se le responde que el hecho de quejarse solo agrava su estado y que tal vez sea necesario que se le prescriba una dieta aún más es-

tricta; cada queja encuentra una crítica potencial, de manera que el paciente termina por rendirse y por aceptar el modo en que los demás definieron el rol de enfermo (Douglas; 1996:50).

“Eso de la enfermedad renal ataca a las personas que son sin dieta, que andan comiendo cualquier cosa que encuentran o que no tienen precaución cuando andan tirando veneno, ahora todo lo que comemos lleva veneno como no vamos a tener esa enfermedad” (Informante de Ciudad Romero, 2014).

En los primeros estadios de la ERC el paciente se comporta como saludable, condición física aparentemente estable, ya que para ellos según su experticia el no sentir síntomas aparentes en el cuerpo significa que cuentan con un equilibrio entre salud y enfermedad, pero cuando la ERC se encuentra en fase final es cuando el paciente admite estar enfermo y carga con las consecuencias de esta.

La familia se enfoca solamente en el paciente. Debido a que éste debe someterse a reglas como alimentos limitados, menos horas de exposición al sol, no trabajar en exceso, ni fumar, entre otros, es la familia la que se encarga de sustentar al paciente y de correr con gastos económicos. El paciente necesita transportarse hasta el Hospital, alimentarse, someterse a procesos de diálisis y hemodiálisis, por tanto, lo hacen por bienestar del que sobrelleva la enfermedad.

“Hay cierta resignación de ver morir a los familiares, hay frustración de ver que mi hermano estaba en el aeropuerto y ver que vaya directo a un hospital, hay frustración en el sentido de que hay un proceso lento al atender estos pacientes con enfermedad renal y más si son terminal...” (Informante de Ciudad Romero, 2014).

Además, *la resignación* es común en aquel que padece de insuficiencia renal. Hay un cierto conformismo de tener tal enfermedad, muchos hacen hincapié en que de todas maneras se tienen que morir. Así mismo, hay personas con ERC que han dejado de medicarse pues ya no quieren someterse a procesos requeridos, esto se debería que los tratamientos son muy invasivos con su cuerpo, y para estas personas someterse a estos, es simplemente profundizar el padecimiento, en otras palabras, se estaría aumentado la enfermedad, estas personas optan por tratamientos más conservadores, por ejemplo, la toma de aguas al tiempo, o ingerir medicamentos que no les causen síntomas extras en el cuerpo.

“Prefiero morir entero sin hoyos, si cuando le hacen esa diálisis es para peor, ¡nombre! más rápido se muere uno” (Informante de Ciudad Romero, 2014).

Es en esta etapa que se ponen a prueba dos tipos conocimientos el de la medicina tradicional y el de la medicina alternativa, según Mary Douglas esto se debe a la negociación del rol de enfermo y el resultado dependerá de la comunidad terapéutica.

Para la persona enferma, el poder de la teoría medica cuenta menos que las cuestiones de lealtad y de dependencia mutua, a menos que se trate de una persona que está completamente aislada.

“La enfermedad renal es también psicológica, el paciente quiere vivir como antes, su mente quiere, pero su cuerpo no. Solo queda admitir la enfermedad y las limitantes que esta pone... al final, la familia sufre económicamente, porque a veces no se logra cubrir con todo... es tortura psicológica porque estar conectado una maquina ahí mismo se ve morir a otros pacientes en el hospital...” (Residente de Ciudad Romero, 2014).

“Tengo cinco años de tener insuficiencia renal, yo no sé cómo será eso, pero yo no siento nada, he ido a pasar consulta y me dan bastantes pastillas, las mismas de siempre, hoy ya no voy, ni me las tomo... lo que me ha dicho el médico, es que es causa de uso de agroquímicos, yo no he regado, pero si he utilizado agroquímicos... dice que hay que tener dieta y tomar medicinas... Antes era la cuma para trabajar, ya nadie quiere trabajar así, solo venenos...” (Residente de Ciudad Romero, 2014).

Vivir en una comunidad implica aceptar sus normas, lo cual a su vez significa, o bien desempeñar los roles aprobados, o bien negociar para que se acepten los nuevos, o bien sufrir la desaprobación pública. La opción por la espiritualidad es una forma de negociación.

“Yo lo que les recomiendo a los que tienen esta enfermedad es que no se hagan la diálisis, mejor que busquen a Dios, los hermanos y el pastor oran, gracias a mi Padre Dios yo me siento bien, no siento molestias de nada”. (Residente de Ciudad Romero, 2014).

En el caso de Ciudad Romero la inclinación por el tratamiento médico tradicional es ampliamente aceptado, si bien existe casos donde se le da el beneficio a trata-

mientos menos invasivos con el cuerpo, como los que proponen la medicina alternativa, como se ha mencionado existe personas que optan por este tratamiento, pero estos son pocos.

La gran mayoría de personas dan el visto bueno al conocimiento médico para tratar la enfermedad, prueba de ello es que muchas personas no desconocen la terminología médica o los procedimientos que estos proponen para tratar la enfermedad, en ese sentido la población se apropiado tanto del discurso médico, como parte del conocimiento de este y lo ha transformado para explicar la ERC.

“Hay tres tipos de diálisis, está la hemodiálisis, la diálisis y la diálisis ambulatoria; la primera, le ponen un riñón artificial, la segunda, le sacan todos los tóxicos y, la tercera, el mismo paciente se practica la diálisis en casa... el nefrólogo sugiere la hemodiálisis, porque esta da más libertad, se puede comer un poquito más, regula todos los líquidos que no lleve mucho condimento si se cumple puedo seguir como si nada siempre con cuidado y medicándome...” (Residente de Ciudad Romero, 2014).

La existencia de ideas populares sobre la enfermedad y señalan diversos modos de pensar las causas de las enfermedades. Estos modos de pensar constituyen “lógicas” que permiten entender la realidad.

Pueden distinguirse las siguientes lógicas de comprensión de la enfermedad:

Una lógica de degeneración, en la cual la enfermedad sigue al desgaste del cuerpo.

Una lógica mecánica, en la cual la enfermedad es resultado de bloqueos o de daños a estructuras corporales.

Una lógica de equilibrio, en la cual la enfermedad sigue a la ruptura de la armonía entre las partes o entre el individuo y el medio.

Una lógica de invasión, que incluye la teoría del germen y otras intrusiones materiales de las que resulta la enfermedad (Kornblit y Mendes;2000:13).

Estas lógicas implican concepciones de enfermedad que responden a la medicina tradicional las cuales se centran en los síntomas, causas y terapias de enfermedad. Por otra parte, existe los conceptos vinculados con la enfermedad también pueden operar como símbolos que se relacionan con una amplia variedad de experiencias de parte de los sujetos en este caso de la comunidad de Ciudad Romero, estas responden, por ejemplo, en más de una ocasión se mencionó que las personas que beben muchas bebidas alcohólicas o las que consumen bebidas carbonatadas están provocando el inicio de la enfermedad, por otra parte un porcentaje mayor opinaba que los hombres que se enfermaban de insuficiencia renal, era porque estos no tenían cuidado a la hora de manipular los agroquímicos, *“yo he visto como los hombres después de venir de la milpa todos sudados se ponen a lavar las bombas sin camisa y con las manos peladas”* (Informante de Ciudad Romero, 2014).

Por tanto, los conceptos comunes de enfermedad no solo nombran entidades en el cuerpo, también son imágenes poderosas asociadas con otros ordenes de la vida.

Puede hablarse de cuatro aspectos del fenómeno enfermedad para el sujeto:

Estar enfermo, es decir, sufrir alteraciones a causa de enfermedades en el cuerpo y en sus funciones.

Sentirse enfermo, es decir, percibir tales modificaciones en el propio organismo.

Identificar la enfermedad basándose en los conocimientos adquiridos en su época y referidos al tema.

Poder estar enfermo, lo cual depende tanto del tipo de enfermedad como de los roles sociales que desempeña el sujeto (Kornblit y Mendes;2000:13-14).

La ERC al igual que otras enfermedades representa un desequilibrio corporal el cual exige una justificación y, por lo tanto, como dice Mary Douglas, es una excelente oportunidad para el proceso de culpar y justificar.

Según Mary Douglas, en su forma más extrema, toda enfermedad da lugar a una acusación. Si alguien se enferma puede ser acusado de no haber cuidado adecuadamente su cuerpo. La persona enferma no es necesariamente la única a quien se acusa: si se trata de un niño, se acusa a los padres, o a la escuela o a los organismos de salud pública. En este contexto de recriminación mutua, el cuerpo es un medio para ejercer control; señalar un cuerpo enfermo es una amenaza potencial contra cualquiera que pueda ser considerado responsable. Generalmente los médicos no estiman que la enfermedad pueda ser objeto de acusación y, para algunos, esta perspectiva puede ser desagradable (Douglas;1996:52)

“La enfermedad renal ha provenido de la contaminación del agua, sistemas de riego. Mi esposo fue el primer caso de insuficiencia renal, el falleció hace tres años, y le hacían hemodiálisis, con esta enfermedad dejo de trabajar, se fue hinchando hasta que le dejaron dieta estricta... a él lo llevaba al Hospital Militar una vez cada ocho días, un año y medio estuvo en tratamiento gratis ya con el nuevo presidente Mauricio Funes” (Residente de Ciudad Romero, 2014).

Existen personas que en sus discursos indican que la muerte llega de cualquier manera, las personas estamos destinados a morir, en ese sentido exponen su preferencia en caso de poseer ERC, de morir sin someterse a la diálisis, pues según ellos el someterse a este tratamiento solo apresura la muerte.

“El doctor me había dicho que tenía enfermedad renal, pero al final resultó que no tenía nada. Me hicieron los exámenes y salí bien. Pero todo empezó por unos síntomas que sentía” (Informante de Ciudad Romero, 2014).

Dicha respuesta se puede analizar en el sentido que los miembros que argumentan eso han sido testigos de lo severo que puede llegar ser los estadios cuatro y cinco de la enfermedad renal. También se puede argumentar como se mencionó antes que existe una internalización de la muerte en las personas con respecto a

la ERC, en ese sentido someterse a un tratamiento solo prolonga el sufrimiento en el paciente que de todos modos morirá.

5.3 REPRESENTACIONES PERIFÉRICAS Y NÚCLEO CENTRAL DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Las representaciones periféricas que las personas de Ciudad Romero tienen sobre la ERC como hemos visto es amplia; agroquímicos, agua contaminada, clima, solidaridad, unión familiar, gastos económicos.

Por otro lado, las representaciones sociales que conforman el núcleo central son: resignación, religión y muerte. Éstas últimas dan sentido a las representaciones periféricas. Éstas constituyen lo esencial del contenido de la representación, su lado más accesible, pero también lo más vivo y concreto. Abarcan informaciones retenidas, seleccionadas e interpretadas, juicios formulados al respecto del objeto y su entorno, estereotipos y creencias.

Las representaciones están jerarquizadas, es decir que pueden estar más o menos cercanos a los elementos centrales: próximos al núcleo, que desempeñan un papel importante en la concreción del significado de la representación, más distantes de que ilustran aclaran, justifican esta significación. Los elementos centrales, constituyen la clave de bóveda de la representación, los elementos periféricos desempeñan también un papel esencial en la representación.

Las personas mediante el conocimiento común, saben que la enfermedad renal es definida por los médicos como terminal e irreversible, en su última etapa. La forma en la cual se presenta la ERC, sin ningún síntoma, hace que la representación de la muerte sea simbolizada como silenciosa. Es una enfermedad, en efecto, que no avisa su llegada, y cuando lo hace, la pérdida de función renal es irreversible.

A continuación, se muestra una tabla con las representaciones periféricas n° 2, las cuales, están más alejadas del núcleo central, por lo tanto, son las que están más

susceptibles al cambio. A diferencia de las periféricas n° 1, que están más próximas al núcleo, y por ello, son más difícil de modificar. Finalmente, las representaciones que conforman al núcleo central son las que dan sentido a las representaciones periféricas.

TABLA N° 5

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

| Representaciones Sociales | |
|--|----------------|
| Agroquímicos Clima Gastos económicos Agua contaminada | Periféricas 2 |
| Unión familiar No poder trabajar Solidaridad Nuevo rol del paciente | Periféricas 1 |
| Valores religiosos Resignación muerte | Núcleo central |

Elaborado por: Irma B. Pérez, 2016.

CONCLUSIÓN

En el pensamiento colectivo de la población de Ciudad Romero sobre la ERC, es que esta se caracteriza por ser silenciosa, es decir que no existe una serie de síntomas que la acompañen en las primeras etapas, a diferencia de otras enfermedades que tienen un cuadro sintomático definido.

Según las representaciones de salud y enfermedad son aquellas que pueden desempeñar las actividades diarias sin sentir dolores en el cuerpo, el día a día demanda el trabajo para poder subsistir en esta comunidad del Bajo Lempa. Es por ello que la ERC en sus primeros tres etapas, no es vista como un problema relevante dentro de las de las familias, es hasta que el paciente se encuentra en la etapa cuatro y cinco que la enfermedad adquiere relevancia dentro del hogar, esto se debe a que el paciente ya no puede desempeñar un rol más activo dentro del hogar y comunidad.

Para el paciente que se encuentra en etapa cuatro o cinco, no le queda otra alternativa que aceptar su rol como enfermo dentro del hogar, además de verse limitado al desempeño de actividades físicas, como, por ejemplo, trabajar la agricultura. Su peso dentro de la comunidad es reducido, en alguna manera, el paciente cae en resignación de su estado de salud, la frase representativa en su discurso de esta aceptación es que; *“de todas maneras nos tenemos que morir”*.

Así mismo, muchas personas han dejado de laborar sus tierras. El trabajo en la agricultura disminuye cuando el paciente de ERC, ha llegado al estadio cuatro o cinco, ya como fases finales, por tanto, el esfuerzo físico del paciente se debilita.

El ECO ESPECIALIZADO y otras instituciones gubernamentales se acercan a la población para promover charlas enfocadas a una alimentación adecuada y al uso correcto de agroquímicos. De esta manera, las charlas, además de panfletos presentes, manifiestan que si tienen prevención de cómo hacer un uso correcto

de agroquímicos tomando en cuenta las herramientas y el equipo que ello requiere, obtendrán una condición saludable

Para el caso de pacientes con ERC, comprenden que, si tienen una *alimentación inadecuada*, el organismo puede reaccionar inversamente. Gracias a las entrevistas dirigidas específicamente a personas con ERC, argumentan que esta enfermedad da a aquellos que son “*descuidados en dieta y hacen mal uso de agroquímicos*”.

Cabe señalar, que los habitantes de la comunidad hacen hincapié en que esta zona del Bajo Lempa era tierras destinadas al cultivo del algodón, por lo tanto, son conscientes que esas tierras tuvieron una fuerte exposición a agroquímicos.

Muchos argumentan sobre la contaminación del agua del subsuelo por el uso constante de agroquímicos en tierras algodoneras para el periodo del conflicto armado en El Salvador. Así mismo, atribuyen el hecho de que estas tierras hoy día pueden estar contaminadas, ya que en un primer momento afirman que bebían agua de pozo. Años más tarde obtienen el agua potable pero siempre hacen hincapié en este periodo donde las formas de regadío eran diferentes a las que realizan actualmente.

Así, en el discurso de las personas con ERC y familias de éstos, afirman que de alguna manera la enfermedad renal afecta a la economía del hogar. Es en su discurso, donde se ve reflejado el hecho de que en ocasiones no pueden pagar el tratamiento de la enfermedad, por tanto, están destinados a morir más rápido, en oposición a aquellas familias que pueden costear los medicamentos que requiere la ERC. Por lo general, las familias que tienen un pariente en el extranjero, se benefician para costear el tratamiento del familiar. Salvo de aquellos también que son ayudados por algún seguro de trabajo, pero es extraño que esto suceda.

Las representaciones sociales aplicadas a la ERC, nos ha permitido develar significados y a partir de ello, darnos cuenta de cómo una comunidad define lo que

ellos consideran una problemática social no solo para las familias sino para el resto de la comunidad y más allá de esta.

Así, ven la ERC como parte de su cotidianidad, esa cotidianidad donde el uso constante de agroquímicos es necesario para poder trabajar la tierra y poder subsistir de ella, esa continuidad donde el agua de los pozos o del río están contaminados con metales pesados, esa continuidad donde la ERC representa muerte. Muchos habitantes tienen la expectativa de que entidades gubernamentales del país se movilicen pues cada día trasciende incrementando el número de fallecidos.

Para finalizar se debe tomar en cuenta que esta es una primera aproximación a la problemática de la ERC desde una postura antropológica, por supuesto este fenómeno puede ser abordado por otras disciplinas y estudiada con mayor profundidad y también ser analizada desde otros marcos teóricos, La experiencia de trabajar en Ciudad Romero, ha sido provechosa de su parte. Nos brindaron el tiempo, dedicación y acceso a datos e información proporcionada por ellos mismos dentro de la comodidad de su hogar. Sin dificultad alguna, manifestaron lo que creen, piensan, y sus maneras de actuar y sobrellevar la ERC. Además, cabe señalar que la importancia de estar dentro de la población y convivir con ellos fue factible para conocer el contexto social, político, económico y cultural en el que se desenvuelven.

Es un lugar que está abierto al diseño de futuras investigaciones. El enfoque de las representaciones sociales ha permitido aproximarnos a la dinámica sociocultural que se genera dentro de la población.

BIBLIOGRAFÍA USADA

LIBROS

- Abric, Jean-Claude (2004). *Prácticas sociales y representaciones*. Ediciones Coyoacán, S. A, de C. V.
- Amend, Jr. William J.c., MD y Vincenti, Flavio G. MD (2011). *Oliguria; Insuficiencia renal aguda*. En *Urología general de Smith, Manual moderno*. Pp: 613-620.
- Eaton, Douglas C. y Pooler, Jhon P, (2006). *Fisiología renal de Vander*. Sexta edición. McGRW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.
- Estrada, A., Moreno, J., Rodríguez, M., López, M. (2009). *Insuficiencia renal crónica*. Unidad de proyectos especiales Universidad Nacional Autónoma de México.
- Giménez, Gilberto (2005). *Teoría y análisis de la cultura: volumen uno*. Editorial direcciones de publicaciones del Instituto Coahuilense de Cultura.
- Jodelet, Denise, Guerrero Alfredo (2000). *Desvelando la Cultura: Estudio en representaciones sociales*. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad Universitaria, 04510, México, D.F.
- Lara, Carlos (2013). *Joya de Cerén: la Dinámica Sociocultural de una Comunidad Semicampesina de El Salvador*. Publicado por la Dirección de Publicaciones e Impresos de la Secretaría de Cultura de la Presidencia.
- Robichaux, David (2007). *Hogar, familias y grupos de acción: el sistema familiar mesoamericano antes los desafíos del siglo XXI*. En *Fortaleza y desafíos de las familias en dos contextos: Estados Unidos de América y México (485)*. México: Publicaciones de la casa chata.

2. REVISTAS

- Araya, Sandra (2002). *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. Cuaderno de ciencias sociales 127. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Costa Rica.
- Bouché, Henri (2011). *La Salud en las Culturas*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Cabrera, S. Soriano (2004). *Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica*. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. NEFROLOGÍA. Volumen 24. Suplemento N° 6 • 2004

Jodelet, Denise (¿?). *La representación social: fenómenos, conceptos y teoría*. Pp. 469-494.

Jodelet, Denise (2008). *El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales*. Cultura y representaciones. CONNEXION, N° 89- 2008/1, (dedicado al tema *Identité et subjectivité*), Editorial Érés, pp. 25-46. La traducción al español y su publicación en esta revista fueron autorizadas por la autora. Pp. 32-63.

Kornblit, Ana Lía y Ana María Mendes Diz (2000). *La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales. Contenidos curriculares*. Grupo editor AIQUE. *Primera edición:capital federal*. Pp. 13.

Martin-Baro, Ignacio (1988). *La familia puerto y cárcel de la Mujer Salvadoreña*. Conferencia presentada en el seminario taller "Mujeres en El Salvador: Perspectivas para la Acción" PNUDUNICEF.

Medicc Review (2011). *Enfermedad renal crónica y factores de riesgo asociados en la región del Bajo Lempa en El Salvador*. Estudio Nefrolempa, 2009.

Moscovici, Serge (2002). La representación social: un concepto perdido. Instituto de Estudios Peruanos (IEP). En: Serge Moscovici. *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Ed. Huemul, Buenos Aires, 1979, 2da. edición. Cap. I, Pp. 27-44.

Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria, OIRSA (2007). *Descripción de las lagunas costeras de El Salvador*. San Salvador.

Vera, Hector (2002). *Representaciones y clasificaciones colectivas. La teoría sociológica del conocimiento de Durkheim*. Sociología, año 17, número 50, septiembre-diciembre de 2002, Pp. 103-12.

3. INFORMES DE INVESTIGACIÓN Y TESIS

Alcaldía municipal de Jiquilisco (2012). *"Plan de Competitividad Municipal de Jiquilisco 2012- 2016"*. Presentado a RTI por la Fundación Nacional para el Desarrollo, bajo el Proyecto de USAID para la Competitividad Municipal.

Alcaldía municipal de Jiquilisco (2013). *"Plan municipal 2013: Reconocimiento Oficial de la Comisión Municipal de Protección Civil del Municipio de Jiquilisco, Departamento de Usulután, febrero 2013"*

Dirección General de Estadística y Censos, DIGETYC (2008). *VI de Población y V Censo de Vivienda 2007*.

MINSAL (2010). *La Reforma de Salud en El Salvador*.

MINSAL (2012). *Informe de Labores 2011-2012*.

4. PÁGINAS DE INTERNET

Universidad de Salamanca (2014). *dicciomed.eusal.es* *Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico.*

SEGUNDA PARTE
DOCUMENTO DE PLANIFICACIÓN DE
LA INVESTIGACIÓN EN PROCESO DE GRADO

1. PLAN DE INVESTIGACIÓN EN EL PROCESO DE GRADO 2015
2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:
REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA: CIUDAD ROMERO (Usulután, 2014 – 2016)

**1.
PLAN DE INVESTIGACIÓN EN EL PROCESO DE
GRADO- 2015**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
“Licenciado Gerardo Iraheta Rosales”



PLAN DE INVESTIGACIÓN EN EL PROCESO DE GRADO- 2015

PRESENTADO POR
PÉREZ CRUZ, IRMA BEATRIZ
PINEDA SANTOS, EMILIO ORLANDO

CARNET
CH-10013
PS-06013

PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION POR ESTUDIANTES EGRESADOS
DE LA LICENCIATURA EN ANTROPOLOGIA SOCIOCULTURAL PARA LA
UNIDAD DE PROCESOS DE GRADO
CICLO II 2015 y CICLO I 2016

Licenciada Laura Cecilia Mena Quintanar
DOCENTE ASESORA

Maestra María del Carmen Escobar Cornejo
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

LUNES 6 DE OCTUBRE DE 2015
CIUDAD UNIVERSITARIA SAN SALVADOR EL SALVADOR

ÍNDICE

| | Páginas |
|---|---------|
| INTRODUCCIÓN | 93 |
| PLAN DE INVESTIGACIÓN EN PROCESO DE GRADO 2015..... | 94 |
| 1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE GRADO..... | 94 |
| 1.1 ORGANIZACIÓN..... | 95 |
| 1.2 PRODUCTOS DEL PROCESO DE GRADO..... | 96 |
| 1.3 ADMINISTRACIÓN..... | 96 |
| 2. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS..... | 97 |
| 3. ACTIVIDADES Y METAS..... | 98 |
| 4. ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN..... | 99 |
| 5. POLITICAS INSTITUCIONALES Y GRUPO DE INVESTIGACIÓN... | 99 |
| 5.1 POLÍTICAS INSTITUCIONALES..... | 99 |
| 5.2 POLÍTICAS DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN..... | 100 |
| 6. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FINANCIEROS Y TIEMPO..... | 100 |
| 6.1 RECURSOS HUMANOS..... | 100 |
| 6.2 RECURSOS MATERIALES..... | 101 |
| 6.3 RECURSOS FINANCIERO..... | 101 |
| 6.4 TIEMPO..... | 102 |
| 7. MECANISMOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL..... | 102 |
| ANEXOS..... | 103 |
| 1. CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES PARA EL PROCESO DE GRADO-2015..... | 103 |
| 2. PRESUPUESTO PARA LA INVESTIGACION: REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA: CIUDAD ROMERO (Usulután, 2014-2016)..... | 104 |
| 3. CUADRO RESUMEN DE EVALUACIONES..... | 105 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 106 |

INTRODUCCIÓN

El presente documento, titulado “Plan de trabajo para investigación en proceso de grado 2015-2016”, es parte de las etapas del proceso de grado, las cuales son un requisito según el Reglamento General de Proceso de Graduación de la Universidad de El Salvador (Art. 13). Cumpliendo con dicho artículo, se presenta una planificación, para optar al grado de Licenciada y/o Licenciado en Antropología Sociocultural.

El plan de trabajo ha sido elaborado por estudiantes egresados de la carrera de la Licenciatura en Antropología Sociocultural, para ser presentado al Proceso de Graduación, ciclo II 2015 y ciclo I 2016, impartido por la Escuela de Ciencias Sociales, perteneciente a la Facultad de Ciencias y Humanidades de la Universidad de El Salvador.

El objetivo que se pretende con la presente planificación es el de sistematizar y planificar cada una de las actividades a realizar durante la ejecución del proceso de investigación.

El plan de trabajo está constituido por la descripción del proceso de grado, su organización, productos esperados y administración del mismo, los objetivos generales y específicos, actividades y metas, estrategias de investigación, políticas institucionales y políticas de investigación, recursos humanos, financieros y de tiempo, instrumentos de evaluación, control y anexos.

Por otra parte, la metodología utilizada en el documento consiste en retomar lineamientos del Reglamento de Procesos de Grado, Instructivo Específico sobre Egresos y Procesos de Graduación de la Escuela de Ciencias Sociales de la Universidad de El Salvador.

PLAN DE INVESTIGACIÓN EN PROCESO DE GRADO 2015-2016

1.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE GRADO

El proceso de grado es el último paso en la formación académica de los estudiantes de la Universidad de El Salvador, el cual consiste en la realización de una investigación por parte del estudiante egresado, que esté acorde a las competencias adquiridas a lo largo de su carrera.

El trabajo de grado debe contar con una calidad científica y respetar la normativa de su facultad, así mismo será presentada y evaluada ante un jurado evaluador que definirá la calificación del producto de investigación.

De tal forma que el proceso de grado, es el último requisito de la Licenciatura en Antropología Sociocultural de la Escuela de Ciencias Sociales “Licenciado Gerardo Iraheta Rosales” de la Facultad de Ciencias y Humanidades de la Universidad de El Salvador para obtener el grado y título respectivo para la Licenciatura en Antropología Sociocultural.

De acuerdo al Reglamento General de Procesos de Graduación, debe de cumplirse en un tiempo que oscila entre los seis meses y un año, en dicho periodo el estudiante egresado y el docente asesor deben seguir los pasos estipulados en el Plan de Estudios de la Licenciatura y en base al instructivo específico de su escuela.

Para la aprobación del mismo es requerida una calificación mínima de seis puntos (6.0) en una escala de uno a diez. Dicha calificación será resultado de la sumatoria de actividades que deben desarrollarse a lo largo del proceso de grado y que serán establecidas por el docente asesor, exceptuando las específicas de la escuela: Defensa y documento final.

El proceso de grado da inicio en agosto de 2015 y tendrá una duración máxima de un año, se toma en cuenta, además, que los estudiantes podrán realizar una prórroga en su proceso de graduación de hasta seis meses más (de acuerdo con el artículo 15 de reglamento general de procesos de graduación), debiendo de solicitarlo de manera formal a la Junta Directiva de la facultad de acuerdo a los protocolos establecidos en el Reglamento General de Procesos de Graduación de la Universidad de El Salvador.

A lo largo del proceso de grado la docente asesora será la Licenciada Laura Cecilia Mena Quintanar, quien guiará tanto el aspecto teórico y metodológico, así como cumplir el reglamento interno de la escuela para los procesos de grados.

El proceso de grado comprende tres fases: la primera consiste en la organización y planificación de la investigación. La segunda fase, es la ejecución de la misma y por último, la fase tres, que es la exposición y defensa de los productos obtenidos.

1.1 ORGANIZACIÓN

El trabajo de graduación se realizará por estudiantes egresados legalmente inscritos a dicho proceso en la Administración Académica de la Facultad de Ciencias y Humanidades.

Es responsabilidad directa de los estudiantes egresados llevar a cabo el cumplimiento de la totalidad de actividades que el proceso demande; la programación de tiempos y actividades que llevaran a cabo con el visto bueno del docente asesor.

Se toma en cuenta un año (como máximo) a partir de la inscripción del proceso de grado para llevar a culminación las actividades planteadas para el desarrollo de la investigación y su presentación a la comunidad universitaria; la totalidad de actividades estarán bajo observación y coordinación del docente asesor y la coordinadora de procesos de grado a fin de que las mismas se realicen bajo los estándares establecidos por la Facultad de Ciencias y Humanidades.

1.2 PRODUCTOS DEL PROCESO DE GRADO

Como producto principal se espera redactar un documento final que cumpla con los requisitos protocolarios establecidos por la Universidad de El Salvador para que sus resultados se encuentren a disposición de la comunidad universitaria en general.

En última instancia, se espera dar a conocer los resultados de la investigación en espacios pertinentes al tema o problemática social tales como foros, congresos, juntas académicas relacionados a la temática desarrollada, además de reintegrar los resultados a la población estudiada.

1.3 ADMINISTRACIÓN

De acuerdo al Reglamento General de Procesos de Graduación, la administración se distribuye en:

Docente Asesor: Este cargo es asumido por la Licenciada Laura Cecilia Mena Quintanar, cuyos deberes consisten en asesorar y orientar las actividades propias del trabajo de graduación, así como asignar las calificaciones correspondientes a los avances y resultado final, levantar el acta de exposición final del Proceso de Grado y presentar el respectivo informe a la coordinación de este proceso.

Coordinadora General de Procesos de Graduación: Dicho cargo es asumido por la Máster. María del Carmen Escobar Cornejo, quien junto a la docente asesora, velarán por la correcta elaboración de los documentos de planificación y resultados de la investigación, proceso comprendido entre la inscripción del tema hasta la ratificación del informe final por parte de la Junta Directiva de la facultad.

Responsables del Proceso de Graduación: Cada estudiante egresado e inscrito en el Proceso de Grado de la Licenciatura en Antropología Sociocultural es responsable de llevar a cabo dicho proceso, mismo que comprende desde la

inscripción pasando por la elaboración de planificación y proyecto hasta la presentación del informe final, el mismo es presentado a la comunidad universitaria por medio de una defensa que además funge de una socialización de los resultados.

Jurados el Informe Final: Se asignarán a dos lectores por estudiante, quienes comentarán, sugerirán y preguntarán sobre el trabajo de investigación, además sus observaciones serán incluidas en el informe final. Además, son los mismos que conforman junto a la Docente Asesora y la Coordinadora General de Procesos de Grado que formaran el tribunal evaluador de los productos obtenidos durante el proceso de grado.

2.

OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

2.1 OBJETIVOS GENERALES

- 2.1.1 **Identificar las Representaciones Sociales** que tiene la población de Ciudad Romero sobre la Enfermedad Renal Crónica, para un posterior análisis e interpretación.
- 2.1.2 **Utilizar el Método Etnográfico**, para observar las prácticas culturales que se realizan en población de Ciudad Romero.
- 2.1.3 **Desarrollar Convivencia Prologada**, para poder usar diversas técnicas de investigación.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1 **Registrar y analizar el discurso** de la Población de Ciudad Romero, y de quienes atienden su salud, para identificar las Representaciones Sociales en torno a la Enfermedad Renal Crónica.

- 2.2.2 **Profundizar y analizar el discurso** que tiene la población de Ciudad Romero sobre la significación de Enfermedad Renal Crónica.
- 2.2.3 **Realizar trabajo de campo**, el cual nos facilitará una aproximación con los pobladores de Ciudad Romero, con el fin de recopilar y entender el discurso de la población acerca de la Enfermedad Renal Crónica.
- 2.2.4 **Utilizar la convivencia prolongada** para poder desarrollar, entrevistas, guías de preguntas, historias de vida, con el fin de recabar la mayor cantidad de datos posibles.
- 2.2.5 **Utilizar los datos obtenidos** para poder desvelar los valores culturales que hay detrás de las prácticas y creencias sobre dicho padecimiento.

3.

ACTIVIDADES Y METAS

Para el cumplimiento de los objetivos planteados se proponen una serie de actividades las cuales serán realizadas a lo largo del proceso de ejecución de proceso de grado. Como primera meta, se plantea el contexto histórico de la enfermedad renal crónica y su desarrollo. Para ello se realizará investigación bibliográfica que profundice el tema.

Otra meta a obtener es el discurso de las personas con el padecimiento de la enfermedad renal crónica, familiares y demás personas, puesto que el fin de la investigación de campo es desvelar las creencias que tienen las personas acerca de la ERC. De esta forma la información que se obtenga del discurso serán la otra basa, la cual se complementará con los datos obtenidos de la investigación bibliográfica.

Como tercera meta es describir y analizar las representaciones sociales mediante el discurso obtenido en dicha población, para ello nos apoyamos del trabajo etnográfico el cual nos permite ver más allá del discurso para luego contrastarlo con la vida cotidiana de los sujetos a estudiar.

4.

ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN

4.1 MÉTODO

Para garantizar la culminación exitosa de la investigación se han planteado una serie de pasos a seguir a lo largo del proceso de grado.

1. Asistir puntualmente a las asesorías programadas con la docente asesora.
2. Hacer una planificación detallada y cuidadosa para que sea viable.
3. Cumplir con los tiempos establecidos en la planificación.
4. Realizar trabajo de campo.
5. Usar una serie de técnicas para la recolección de información.
6. Sistematizar e interpretar los datos obtenidos.
7. Elaborar documento final con los datos obtenidos
8. Exponer y socializar los resultados de la investigación.

5.

POLITICAS INSTITUCIONALES Y GRUPO DE INVESTIGACIÓN

5.1 POLITICAS INSTITUCIONALES

Todos los trabajos obtenidos a partir de los procesos de grados, según el Reglamento de la Universidad de El Salvador, son propiedad intelectual de la

Universidad de El Salvador, la cual podrá disponer de los mismos de conformidad a su marco jurídico interno y legislación aplicable.

Se cumplirá con la normativa de la Facultad de Ciencias y Humanidades, la Administración Académica y la Escuela de Ciencias Sociales.

5.2 POLITICAS DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN

El grupo de investigación se regirá por el Reglamento General de Procesos de Graduación de la Universidad de El Salvador y el Docente Asesor, además de cumplir con la planificación presentada a la Escuela de Ciencias Sociales. De tal forma que, la principal política implementada será aquella que tiene que ver con el respeto a la información recabada durante la investigación y la cual se refiere a que se guardará la identidad de la gente que así lo manifestase, los cargos y estatus que ocupen las personas entrevistadas o en estudio, se citará fuentes utilizadas y el origen de los datos recabados. Así mismo se propone hacer una devolución de los datos obtenidos en la investigación por medio de foros, congresos, socializaciones y demás instrumentos que sean requeridos por los sujetos investigados.

El Informe Final de Trabajo de Grado se entregará en primer lugar, a la Docente Asesora para revisar si se han cumplido con los requerimientos del proceso de grado e incorporado observaciones del tribunal calificador a los documentos. En segundo lugar, dar por aprobado los documentos y el proceso realizado.

6.

RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y TIEMPO

6.1 RECURSOS HUMANOS

Para la realización del proceso de grado se contará como recurso principal a los estudiantes egresados inscritos en dicho proceso, quienes realizarán todas las fases necesarias para la finalización de la investigación.

Se contará con la orientación de la Docente y Asesora: Licenciada Laura Cecilia Mena Quintanar y la Coordinadora General de Procesos de Graduación, Maestra María del Carmen Escobar Cornejo y los lectores que serán determinados en su momento y se encargarán en conjunto con la Docente Asesora de elaborar las observaciones pertinentes como especialistas interesados en la temática de investigación.

Así mismo, como riqueza primordial para el trabajo de investigación son los informantes claves quienes proporcionaran el discurso referente a la Enfermedad Renal Crónica en Ciudad Romero.

6.2 RECURSOS MATERIALES

Para la realización de investigación consideramos pertinente los principales materiales que serán factibles al momento de implementar el estudio en dicha población entre ellos se destacan computadoras, grabadoras, libretas de mano, cuadernos, cámaras, papelería, libros, transporte hospedaje, alimentación entre otros gastos que puedan surgir de imprevisto.

6.3 RECURSOS FINANCIEROS

Para ser llevadas a cabo las investigaciones, requerirán de recursos propios que cada estudiante egresado considere invertir o utilizar, ya sean de carácter monetario o en calidad de insumos. De esta manera los gastos estimados para la realización de esta investigación serán detallados en una tabla en los anexos 2.

6.4 TIEMPO

De acuerdo con el Reglamento General de Procesos de Graduación de la Universidad de El Salvador, el tiempo estimado para llevar a cabo la investigación es de seis meses a un año. En nuestro caso el tiempo estimado para realizar la investigación es de un año calendario, el cual se efectuaría entre agosto de 2015 y junio de 2016. Tiempo que puede ser prorrogado hasta en seis meses más si la Junta Directiva lo considera pertinente, en este caso debe de entregarse una solicitud a las instancias respectivas.

7.

MECANISMOS DE EVALUACION Y CONTROL

El docente asesor llevará a cabo las evaluaciones que considere pertinentes y que le establezca el Instructivo Especifico sobre egreso y proceso de Graduación. En dichas evaluaciones tomará en cuenta las presentaciones y las participaciones en las actividades, la exposición de temáticas individuales, la presentación del plan y proyecto, la presentación del primer y segundo avance, la presentación del informe final, la exposición y defensa oral individual.

De esta forma los porcentajes asignados por las etapas de desarrollo del proceso de grado: (Art. 203) y Acuerdo de Junta Directiva de la Facultad. Para la Etapa I un porcentaje de 30%, Etapa II correspondiente a un 40%, y Etapa III un 30%, para un total de 100% de la evaluación de Proceso de Grado

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA INVESTIGACIÓN EN PROCESO DE GRADO-2015-2016 | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-------|---------|-------|-------|
| Nº | ACTIVIDADES | MESES Y AÑOS: 2015-2016 | | | | | | | | | |
| | | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL |
| | ETAPA 1 PREPARACIÓN Y ORGANIZACIÓN | | | | | | | | | | |
| 1 | Elección y propuesta de perfil de tema | | | | | | | | | | |
| 2 | Revisión bibliográfica, Documentos, etc. | | | | | | | | | | |
| 3 | Elaborar planificación: Plan, Diagnóstico de investigación o (Proyecto de investigación) | | | | | | | | | | |
| 4 | Revisión y elaboración de instrumentos para recolección de datos | | | | | | | | | | |
| | ETAPA 2 TRABAJO DE CAMPO | | | | | | | | | | |
| 5 | Gestión y contacto con informantes | | | | | | | | | | |
| 6 | Aplicación de técnicas Cualitativas | | | | | | | | | | |
| 7 | Procesar información Cualitativa | | | | | | | | | | |
| 8 | Ordenar , clasificar, categorizar y análisis de información Cualitativa | | | | | | | | | | |
| 9 | Redactar avances de informa final, incorporar observaciones a documentos | | | | | | | | | | |
| 10 | Exposición y entrega de Informe Final a Docente Asesora | | | | | | | | | | |
| | ETAPA 3 EXPOSICIÓN Y DEFENSA | | | | | | | | | | |
| 11 | Exposición y defensa de Informe Final: Tribunal Calificador | | | | | | | | | | |
| 12 | Incorporación de observaciones del tribunal a Informe Final | | | | | | | | | | |

ANEXO 2. PRESUPUESTO

| CANTIDAD | RECURSOS HUMANOS | COSTO | TOTAL |
|----------|---|--|-----------|
| 2 | Estudiantes inscritos en el Proceso de Grado | Todos los que participen dentro del proceso de grado no reciben pago alguno por dichas actividades | \$0.00 |
| 1 | Docente Asesor | | |
| 1 | Coordinadora General de Procesos de Grado de la Escuela de Ciencias Sociales. | | |
| 3 | Comentarista y Tribunal Evaluador | | |
| | Especialistas que participaran con información y sujetos en la investigación | | |
| | SUBTOTAL | | \$0.00 |
| CANTIDAD | RECURSOS MATERIALES | COSTO | TOTAL |
| 90 | Visitas al lugar de Investigación | \$10 | \$900 |
| 2 | Gastos de Graduación | \$90 | \$180 |
| 2 | Resmas de Papel Bond | \$5 | \$10 |
| 1 | Computadora | \$300 | \$200 |
| 1 | Grabadora | \$150 | \$150 |
| 4 | Caja de Lápices | \$2 | \$8 |
| 5 | Cuadernos | \$2.50 | \$12.50 |
| 4 | Borradores | \$0.35 | \$1.4 |
| 500 | Fotocopias | \$0.03 | \$15 |
| 5 | Libros | \$10 | \$50 |
| 300 | Impresiones | \$0.10 | \$30 |
| 3 | Empastados (documentos informe final) | \$4 | \$12 |
| | Total | | \$1,568.9 |

BIBLIOGRAFÍA

AGU, CSU. Reglamento de la gestión académica administrativa de la universidad de El Salvador (2013).

Escuela de Ciencias Sociales, Instructivo Específico sobre Egreso y Proceso de Graduación (2014).

2.
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:
REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE
LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA:
CIUDAD ROMERO (Usulután, 2014 – 2016)

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
“Licenciado Gerardo Iraheta Rosales”



TEMA DE INVESTIGACIÓN

**REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE
LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA:
CIUDAD ROMERO (Usulután, 2014 - 2016)**

PRESENTADO POR
PÉREZ CRUZ, IRMA BEATRIZ
PINEDA SANTOS, EMILIO ORLANDO

CARNET
CH-10013
PS-06013

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN POR ESTUDIANTES EGRESADOS DE LA
LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA SOCIOCULTURAL PARA LA UNIDAD
DE PROCESOS DE GRADO 2015-2016

Licenciada Laura Cecilia Mena Quintanar
DOCENTE ASESORA

Maestra María del Carmen Escobar Cornejo
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

LUNES 30 DE NOVIEMBRE DE 2015
CIUDAD UNIVERSITARIA SAN SALVADOR EL SALVADOR

ÍNDICE GENERAL

| | Páginas |
|---|---------|
| PROYECTO DE INVESTIGACIÓN..... | 107 |
| INTRODUCCIÓN..... | 110 |
| RESUMEN DEL PROYECTO..... | 111 |
| 1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO | |
| DE INVESTIGACIÓN..... | 112 |
| 2. DESCRIPCIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN..... | 113 |
| 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.... | 113 |
| 3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 113 |
| 3.2 JUSTIFICACIÓN..... | 115 |
| 4. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS..... | 116 |
| 5. MARCO TEORÍCO..... | 117 |
| 5.1 REPRESENTACIONES SOCIALES..... | 117 |
| 5.2 TEORÍA DEL NÚCLEO CENTRAL..... | 119 |
| 6. METODOLOGÍA..... | 121 |
| 7. ANTECEDENTES DE CIUDAD ROMERO..... | 122 |
| 8. PROPUESTA DE CAPÍTULOS..... | 123 |
| 8.1 METODOLOGÍA..... | 123 |
| 8.2 MARCO TEÓRICO..... | 123 |
| 8.3 DATOS GENERALES DE JIQUILISCO Y | |
| CIUDAD ROMERO..... | 124 |
| 8.4 ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD | |
| RENAL CRÓNICA..... | 124 |
| 8.5 IINTERPRETACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES | |
| SOCIALES DE LA ERC..... | 124 |
| ANEXOS..... | 125 |
| MAPAS..... | 125 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 126 |

INTRODUCCIÓN

Proyecto de Investigación: Representaciones Sociales sobre la Enfermedad Renal Crónica, Ciudad Romero (2014-2016), presentado por estudiantes egresados de la Licenciatura en Antropología Sociocultural para la Unidad de Procesos de Grado 2015-2016. El estudio se realizará en el departamento de Usulután, municipio de Jiquilisco, Ciudad Romero.

El objetivo fundamental del proyecto es identificar las Representaciones Sociales que tiene la población de Ciudad Romero sobre la Enfermedad Renal Crónica además de registrar, analizar e interpretar el discurso de quienes atienden su salud para poder revelar los valores culturales que hay detrás de las prácticas y creencias sobre dicho padecimiento.

Para ello es fundamental estudiar los valores, prácticas y creencias socioculturales que rigen en el quehacer diario de las personas que padecen de enfermedad renal crónica pues al desvelar dichas prácticas socioculturales de las personas con padecimiento renal, nos proporcionan datos de cómo ellos sobrellevan la enfermedad.

Así, el estudio pretende en una primera instancia, servir como base, desde un enfoque antropológico, para otras disciplinas vinculadas al tema, y de esta forma fomentar estudios de este tipo.

Los estudios relacionados al tema desde las ciencias sociales, son escasos, a excepción de aquellos que han sido ahondados en el campo de la medicina, así este estudio permite vislumbrar la dinámica sociocultural que se ejerce en una población con esta problemática social que ha venido desarrollándose con el pasar de los años, siendo un primer acercamiento a nivel nacional desde la antropología sociocultural.

RESUMEN DEL PROYECTO

Presentar un proyecto de investigación forma parte de los documentos que se demandan en la primera etapa del proceso de grado. De esta manera la elaboración del mismo permite el desarrollo del proceso de grado para la obtención del título de la Licenciatura en Antropología Sociocultural.

El contenido del presente se resume en: una descripción del tema a investigar, su importancia y el planteamiento del problema a desarrollar. Además, se aborda la metodología que regirá la investigación, como el marco teórico y una propuesta de capítulos para la presentación del informe final.

1.
IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

| | |
|---|--|
| NOMBRE DEL PROYECTO: | Representaciones sociales sobre la enfermedad renal crónica: Ciudad Romero, Usulután (2014-2016) |
| LOCALIZACIÓN: | Municipio de Jiquilisco, Departamento de Usulután. |
| TIPO DE PROYECTO: | Socio Etnográfico |
| COBERTURA: | Habitantes de Ciudad Romero, población hombres y mujeres |
| PERÍODO DE PLANIFICACIÓN: | Agosto a octubre de 2015. |
| PERÍODO DE EJECUCIÓN: | Agosto de 2015 a enero de 2016 |
| PERÍODO DE ENTREGA DE INFORME FINAL: | Febrero de 2016 |
| RESPONSABLES: | Pérez Cruz, Irma Beatriz Pineda Santos, Emilio Orlando |
| GESTORES: | Escuela de Ciencias Sociales "Licenciado Gerardo Iraheta Rosales" y Licenciatura en Antropología Sociocultural |
| FECHA DE PRESENTACIÓN: | 17 de octubre de 2015 |
| COSTO: | \$ 1,571.9 |

2. DESCRIPCIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) en la actualidad representa un problema a nivel mundial, ya que afecta el funcionamiento renal, provocando que millones de personas se vean condicionadas a una nueva forma de plantearse la vida cotidiana, y por tanto nuevas dinámicas socioculturales.

El padecimiento de esta enfermedad en El Salvador ha aumentado en las últimas décadas, según el Estudio Nefrolempa (2009), en Centroamérica y el Sur de México, han registrado un aumento en las personas que adquieren dicho padecimiento, siendo la zona costera donde existe mayor presencia de casos vinculados a la ERC. En estas áreas, la mayoría de los afectados son hombres agricultores que se exponen a productos tóxicos (agroquímicos), que usan para el cuidado de sus cultivos.

Según el Ministerio de Salud (2012), el frecuente uso de estos productos en combinación de otros factores de riesgo, como diabetes, presión arterial alta, consumo de metales pesados en el agua, consumo de bebidas alcohólicas, bebidas carbonatadas, mala alimentación entre otras causas, son las que provocan un desarrollo elevado de esta enfermedad en particular. Consideramos pertinente estudiar el aumento de los casos de ERC a partir de lo cotidiano, es decir, nos interesa conocer las dinámicas socioculturales que se generan dentro la cotidianidad de una población, es por ello que en el presente estudio se abordará a partir de las representaciones sociales.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La insuficiencia renal crónica en la actualidad es un problema, dado que se trata de una enfermedad mortal la cual afecta el funcionamiento renal provocando

la muerte de la persona que la padece. La insuficiencia renal abarca tanto el ámbito de la salud como; económico, político, social y cultural, esta enfermedad por lo tanto pensamos que tiende a condicionar de cierta manera la dinámica sociocultural de las personas que la padecen.

Es una problemática porque dicho padecimiento no se desarrolla al margen de la sociedad, no se trata de casos aislados de personas muriendo en ciertas poblaciones o cascos urbanos del país, sino todo lo contrario, es una enfermedad que se está desarrollando en un ámbito local y nacional. De esta manera, el presente estudio pretende comprender las representaciones sociales que tiene la personas que la padecen, pues a través de estas se puede dar cuenta del conocimiento común que las personas tiene acerca de esta enfermedad.

De esta manera la pregunta que guiará nuestra investigación se enfoca en comprender la visión de mundo de los diagnosticados y sus familiares acerca de la enfermedad renal crónica, en ese sentido, entendemos la representación como una visión funcional del mundo que permite al individuo o al grupo conferir sentido a sus conductas y entender la realidad a través de su propio sistema de referencias y por lo mismo, adaptarse a dicha realidad y definir en ella un lugar para sí.

De acuerdo a lo anterior, Denise Jodelet afirma que las representaciones sociales siempre tratan de lo mismo o busca el mismo final, el saber del conocimiento cotidiano, es decir, una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social y correlativamente la actividad mental desplegada por individuos y grupos a fin de fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que le conciernen.

Por lo tanto las representaciones sociales intervienen tanto en lo individual como en lo social, y develan el conocimiento, actitud y practica del día a día, en nuestro caso nos interesa conocer esa dinámica que se genera a partir del pensamiento social que tienen las personas con ERC, y como este es representado en Ciudad Romero, teniendo esto en cuenta a nosotros no interesa responder la siguiente

pregunta; ¿Cuál es el conocimiento social e individual de las personas que padecen enfermedad renal crónica, así como el de sus familiares?, dicha pregunta ayudara a entender las prácticas, creencias y mitos que giran en torno a este padecimiento.

3.2 JUSTIFICACIÓN

En Centro América, según la OPS (*Organización Panamericana de la Salud*), se reporta desde hace más de una década la existencia de enfermedad renal crónica de causa desconocida y, de elevada prevalencia presente fundamentalmente en áreas rurales y, que afecta a la mayoría de hombres agricultores. Ello le imprime al problema de enfermedad renal crónica en la región de referencia, características específicas que demandan un abordaje multidisciplinario. Así, en El Salvador han sido pocos los estudios relacionados a la enfermedad renal crónica siendo un primer abordaje desde la Antropología.

Una vez seleccionado la población de Ciudad Romero, nos interesa dar cuenta sobre las representaciones sociales acerca de los casos de ERC presentes en el lugar. De tal forma, no se debe ver la ERC como un fenómeno generado al margen del universo cultural que representa la población, ni como un caso particular que se desarrolla solo en la zona costera del país, sino más bien todo lo contrario, ya que las representaciones sociales de los habitantes acerca de la ERC, se están desarrollando dentro de su contexto sociocultural particular y a la vez dentro del contexto nacional e internacional.

Por tanto, entender las representaciones sociales nos permitirá interpretar las visiones de mundo que tienen los sujetos acerca de su realidad. Siendo la ERC parte de esas visiones de mundo, que está presente en los habitantes de Ciudad Romero.

Es importante para la sociedad conocer los valores, prácticas y creencias socioculturales que rigen en el quehacer diario de las personas que padecen de enfermedad renal crónica. El conocer dichas prácticas socioculturales de las

personas que padecen esta enfermedad, nos brindará información de cómo estas sobrellevan la enfermedad.

Es importante para la población del Bajo Lempa y concretamente la población de Ciudad Romero, conocer los resultados de la investigación, porque puede funcionar como Base de Plan de Acción para otras disciplinas vinculadas a la Salud y Medio Ambiente al momento de implementar programas preventivos y correctivos en diversas zonas del país.

4.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

4.1. OBJETIVOS GENERALES

- 4.1.1 **Comprender el conocimiento** social e individual de las personas que padecen enfermedad renal crónica y sus familiares, para conocer las prácticas, creencias y mitos que giran en torno a este padecimiento.
- 4.1.2 **Utilizar el Método Etnográfico**, para observar las prácticas culturales que se realizan en población de Ciudad Romero.
- 4.1.3 **Desarrollar Convivencia Prologada**, para poder usar diversas técnicas de investigación cualitativas.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 4.2.1 **Describir las representaciones sociales** sobre enfermedad renal crónica, partiendo de las personas diagnosticadas con este padecimiento.

- **4.2.2 Analizar los diferentes estadios** de la enfermedad renal crónica para entender su influencia en la vida cotidiana de las personas que la padecen.

4.2.3 Interpretar los datos obtenidos para develar los valores culturales.

5.

MARCO CONCEPTUAL

5.1 REPRESENTACIONES SOCIALES

La noción de representación social a la que se refiere Jean-Claude Abric, corresponde a la teoría elaborada en 1961 por S. Moscovici. Ignorada durante mucho tiempo por la comunidad científica, esta teoría reconocida finalmente desde hace tres lustros constituye desde entonces una referencia insorteable no solo en psicología social, sino también en otras ciencias sociales, como lo testimonian coloquios y obras interdisciplinarias que le han sido consagradas (Abric; 2004:11).

La teoría de las representaciones sociales plantea según Abric, que esta no hace una distinción entre el universo exterior e interior tanto del individuo o el grupo, por lo tanto, no hace una distinción tajante entre el sujeto y el objeto. Puesto que el objeto se encuentra en un contexto, el cual es, *“concebido parcialmente al menos por la persona o el grupo, en tanto que prolongación de su comportamiento, de sus actitudes y de las normas a las que se refiere”* (Abric; 2004:12).

Gilberto Giménez plantea, *“que no existe a priori una realidad objetiva, debido a que toda realidad es representada y apropiada por el individuo o el grupo y reconstruida en su sistema cognitivo, además de estar integrada en un sistema de valores que depende de su historia y del contexto social e ideológico circundante. Y esta realidad así apropiada y reestructurada constituye para el individuo o el grupo la realidad misma. Por consiguiente, toda representación es una forma de visión global y unitaria de un objeto, pero también de un sujeto”* (Giménez;

2005:407), por lo tanto, las representaciones sociales muestran la organización significativa de la realidad.

En ese sentido una representación siempre es la respuesta de algo para alguien. Y como lo dice Moscovici, esta relación, *“este vínculo con el objeto es parte intrínseca del vínculo social y por eso mismo debe ser interpretado dentro de este marco. Por tanto, la representación siempre es de carácter social”* (Abric; 2004:12).

Según Denise Jodelet, las representaciones sociales conciernen al conocimiento del sentido común, que se pone a disposición en la experiencia cotidiana; son programas que persisten, construcciones con estatus de teoría ingenua, que sirve de guía para la acción e instrumento de lectura de la realidad; sistema de significaciones que permiten interpretar el curso de los acontecimientos y las relaciones sociales; que expresan la relación que los individuos y los grupos mantienen con el mundo y los otros; que son forjadas en la interacción y el contacto con los discursos que circulan en el espacio público; que están inscritas en el lenguaje y las prácticas; y que funcionan como un lenguaje en razón de su función simbólica y de los marcos que proporcionan para codificar y categorizar lo que compone el universo de la vida.

Por otro lado, uno de los componentes fundamentales de la representación es su significación. Esta significación está doblemente determinada por efectos de contexto. En primer lugar, el contexto discurso, es decir; por la naturaleza de las condiciones de producción del discurso a partir del cual va a formularse o a ser detectada una representación. En la medida en que en la mayoría de los casos son producciones discursivas las que permiten el acceso a las representaciones, es necesario analizar sus condiciones de producción y tener en cuenta que la representación obtenida a partir de ellas ha sido producida en situación, para un

auditorio ante el cual se pretende argumentar y convencer, y que la significación de la representación social dependerá, por lo menos en parte, de las relaciones concretas que se verifican en el tiempo de una interacción (Giménez; 2005: 409-410).

Por el contexto social, en segundo lugar, es decir; en parte por el contexto ideológico, y en parte también por el lugar del individuo o del grupo respectivo en el sistema social. “La significación de una representación social se halla siempre imbricada o anclada en significaciones más generales que intervienen en las relaciones simbólicas propias de un campo social determinado” (Giménez; 2005: 410).

5.2 TEORÍA DEL NÚCLEO CENTRAL

Según Jean- Claude Abric, toda representación se organiza alrededor de un núcleo central. Este es el elemento fundamental de la representación, puesto que determina a la vez la significación y la organización de la representación.

El núcleo central o núcleo estructurante de una representación garantiza dos funciones esenciales:

Una función generadora es el elemento mediante el cual se crea, se transforma la significación de los otros elementos constitutivos de la representación. Por su conducto, esos elementos adquieren un sentido y un valor.

Una función organizadora el núcleo central determina la naturaleza de los vínculos que unen entre si los elementos de la representación. Es ese sentido, el elemento unificador y estabilizador de la representación.

Por otra parte, tiene una propiedad. Constituye el elemento más estable de la representación, el que garantiza la perennidad en contextos movedizos y evolutivos. Dentro de la representación será el elemento más resistente al cambio.

En efecto, cualquier modificación del núcleo central acarrea una transformación completa de la representación (Giménez, 2005).

Por lo demás, la centralidad de un elemento no puede relacionarse exclusivamente con una dimensión cuantitativa. Por el contrario, el núcleo central tiene antes que nada una dimensión cualitativa. No es la importancia de un elemento lo que define su centralidad, más bien es el hecho de conferir su significación a la representación (Giménez; 2005: 418).

Este núcleo central está constituido por uno o varios elementos que ocupan una posición privilegiada en la estructura de la representación: son ellos los que dan su significación a la representación. Esta determinado, por un lado, por la naturaleza del objeto representado y, por otro, por la relación que el sujeto o grupo mantienen con dicho objeto; finalmente, por el sistema de valores y normas sociales que constituyen el entorno ideológico del momento y del grupo. Según la naturaleza del objeto y la finalidad de la situación, el núcleo central podrá tener dos dimensiones diferentes:

Una dimensión funcional, como ocurre, por ejemplo, en las situaciones con finalidad operatoria: entonces se privilegiarán en la representación los elementos de su núcleo más importantes para la realización de la tarea.

Una dimensión normativa en todas las situaciones en donde intervienen directamente dimensiones sociafectivas, sociales e ideológicas. En este tipo de situaciones, se puede pensar que una norma, estereotipo o actitud fuertemente marcada, estarán en el centro de la representación.

ENFERMEDAD Y SALUD

Según Henri Bouché, *“hablar de la salud como contraposición a enfermedad suele constituir una asociación bastante común, aunque realmente esta última abarca un ámbito distinto, bien sea con carácter preventivo o simplemente como mejora y mantenimiento de la calidad de vida. Pero también es inevitable la referencia al*

concepto de enfermedad que ha venido marcando, de alguna manera, la historia del hombre.” y sigue, “La enfermedad no es simplemente la contraposición a la salud, aunque sí su pérdida, claro está. En primer lugar, posee una categoría sociocultural importante. Generalmente, muchas de las investigaciones han sido realizadas por antropólogos que han descrito sociedades sanas; a pesar de ello también se ha estudiado la enfermedad bajo perspectivas puramente médicas, aunque, igualmente, sociales y educativas” (Bouché; 2001:62).

6. METODOLOGÍA

En la investigación de Representaciones Sociales sobre la Enfermedad Renal Crónica en la población de Ciudad Romero se utilizarán métodos y técnicas pertinentes a la Antropología Sociocultural, y estudios posteriores de tal manera que facilite el desarrollo de la investigación. Para ello es importante mencionar que la metodología principal para este estudio es la cualitativa, es decir, que se enfoca en todos aquellos aspectos que no pueden ser cuantificados.

El criterio que usamos para seleccionar la población de Ciudad Romero, se basó en el estudio del Nefrolempa 2009, el cual daba cuenta de la problemática en tres comunidades del Bajo Lempa; Nueva Esperanza, Ciudad Romero y Canoa, en las cuales se mostraba un alto índice de casos de insuficiencia renal crónica.

Además de tener conocimiento del estudio antes mencionado, captó nuestra atención que en Ciudad Romero se inaugurará el primer Eco Especializado en Nefrología a nivel nacional, para atender los casos de la ERC de los habitantes de las comunidades del Bajo Lempa, que habían sido expuestos en el estudio del Nefrolempa 2009. Cabe mencionar, que el Trabajo Etnográfico o Método Etnográfico, se realizará de la mano con entrevistas semi-estructuradas, elaboradas a partir de un guion de preguntas el cual servirá como guía para dirigir las entrevistas con los informantes.

También usaremos entrevistas informales, las cuales nos permitirán establecer una especie de “confianza” con la persona a entrevistar, la finalidad de estas entrevistas será entablar conversaciones ya sea acerca del tema de la enfermedad renal u otros temas que son relevantes para los miembros de la comunidad.

Además de lo anterior se hará uso de grabadoras de mano, ya que en un primer momento no se alcanza a tomar notas completamente, de esta manera el uso de esta herramienta nos ayudará a realizar una interpretación y análisis más completo.

La investigación se limitará al estudio de la población de Ciudad Romero, la cual pertenece al cantón El Zamorano, Jiquilisco. El estudio se elaborará desde una perspectiva holística de población, con un mayor énfasis en las familias que padecen insuficiencia renal.

La calendarización y programación de los días de campo, forman parte de las herramientas a utilizar, este calendario nos permite una mayor organización, es decir, fechas establecidas para convivir con los habitantes de Ciudad Romero.

El tiempo para desarrollar la investigación según el cronograma presentado sería de un año calendario, el cual inicia en agosto del 2015 y termina en julio del 2016. En este lapso de tiempo se realizará una serie de actividades divididas por etapas, siendo la primera la de preparación y organización de la investigación, posteriormente, la segunda etapa consistirá en la realización de trabajo de campo, para finalmente concluir en la tercera que sería la exposición y defensa de la investigación.

7

ANTECEDENTES DE CIUDAD ROMERO

Ciudad Romero se encuentra ubicada en el cantón El Zamorano, el cual pertenece al Municipio de Jiquilisco, Departamento de Usulután. Colinda al Norte con el

cantón Mata de Piña, al Sur con el cantón Sisiguayo, al Oriente con Comunidad Nueva Esperanza y al Poniente con comunidad Nuevo amanecer.

El conflicto cívico-militar que atravesó El Salvador durante las décadas de los 70 y 80, provocó que miles de familias salvadoreñas buscaran el exilio por temor a la represión militar, otras tantas pasaron en los campamentos de refugiado, para posteriormente retornar al país en periodo de posguerra o durante los últimos años de la guerra.

Es así que, a lo largo de los años de posguerra o periodo de transición, estas familias exiliadas o refugiadas, forman comunidades, las cuales manejan un discurso particular sobre lo que significó el conflicto armado para ellos.

Una de esas comunidades emergentes del conflicto armado es Ciudad Romero, ellos salieron del país en 1980 y posteriormente regresan a repoblar las tierras del Bajo Lempa en 1990.

8. PROPUESTA DE CAPÍTULOS

Los capítulos tentativos en los que se dividiría el informe final, por el momento se han establecido cinco que son los siguientes:

8.1 METODOLOGÍA

La importancia de dedicarle un capítulo a la metodología es que en ésta se presentaría al lector paso a paso el método y las técnicas que desarrollaron para llevar a cabo la investigación.

8.2 DISCUSIÓN TEÓRICA

En este capítulo se desarrollaría las posturas teóricas, conceptos y categorías para fundamentar la parte teórica de la investigación, de esta

manera podremos interpretar y analizar los resultados obtenidos del estudio en la población.

8.3 DATOS GENERALES DE JIQUILISCO Y CIUDAD ROMERO

En este capítulo se explicarían los hallazgos encontrados en la investigación.

8.4 ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD RENAL

En este capítulo se abordará los antecedentes de la enfermedad renal crónica, se explicará en que consiste el daño renal, además de mencionar los estudios que se han realizado a nivel nacional como el primer caso registrado en El Zamorano.

8.5 INTERPRETACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

En este capítulo se presentará el concepto social que maneja la población de Ciudad Romero con respecto a la salud y enfermedad. Para contextualizar la forma en la cual se forma este conocimiento, se presentará un caso de una persona con ERC y su día a día, este caso con sus particulares con respecto a otros, encierra representaciones sobre la ERC que son compartidas en los otros casos presentes, a partir de estas representaciones compartidas se desarrollan las visiones de mundo y una forma de entender el daño real y por lo consiguiente también la forma de entender el proceso de salud y enfermedad

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

1. LIBROS

- Abric, Jean-Claude (2004). *Prácticas sociales y representaciones*. Ediciones Coyoacán, S. A, de C. V.
- Amend, Jr. William J.c., MD y Vincenti, Flavio G. MD (2011). *Oliguria; Insuficiencia renal aguda. En Urología general de Smith, Manual moderno*. Pp: 613-620.
- Eaton, Douglas C. y Pooler, Jhon P, (2006). *Fisiología renal de Vander*. Sexta edición. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.
- Estrada, A., Moreno, J., Rodríguez, M., López, M. (2009). *Insuficiencia renal crónica*. Unidad de proyectos especiales Universidad Nacional Autónoma de México.
- Giménez, Gilberto (2005). *Teoría y análisis de la cultura: volumen uno*. Editorial direcciones de publicaciones del Instituto Coahuilense de Cultura.
- Jodelet, Denise, Guerrero Alfredo (2000). *Desvelando la Cultura: Estudio en representaciones sociales*. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad Universitaria, 04510, México, D.F.
- Lara, Carlos (2013). *Joya de Cerén: la Dinámica Sociocultural de una Comunidad Semicampesina de El Salvador*. Publicado por la Dirección de Publicaciones e Impresos de la Secretaría de Cultura de la Presidencia.
- Douglas, Mary (1998). *Estilos de pensar*. Primera edición, Editorial Gedisa, Barcelona.
- Robichaux, David (2007). *Hogar, familias y grupos de acción: el sistema familiar mesoamericano antes los desafíos del siglo XXI*. En Fortaleza y desafíos de las familias en dos contextos: Estados Unidos de América y México (485). México: Publicaciones de la casa chata.

2. REVISTAS

- Bouché, Henri (2011). *La Salud en las Culturas*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Cabrera, S. Soriano (2004). *Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica*. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. NEFROLOGÍA. Volumen 24. Suplemento N° 6 • 2004

Martin-Baro, Ignacio (1988). *La familia puerto y cárcel de la Mujer Salvadoreña*. Conferencia presentada en el seminario taller “Mujeres en El Salvador: Perspectivas para la Acción” PNUDUNICEF.

Medicc Review (2011). *Enfermedad renal crónica y factores de riesgo asociados en la región del Bajo Lempa en El Salvador*. Estudio Nefrolempa, 2009.

Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria, OIRSA (2007). *Descripción de las lagunas costeras de El Salvador*. San Salvador.

3. INFORMES DE INVESTIGACIÓN Y TESIS

Alcaldía municipal de Jiquilisco (2012). *“Plan de Competitividad Municipal de Jiquilisco 2012- 2016”*. Presentado a RTI por la Fundación Nacional para el Desarrollo, bajo el Proyecto de USAID para la Competitividad Municipal.

Alcaldía municipal de Jiquilisco (2013). *“Plan municipal 2013: Reconocimiento Oficial de la Comisión Municipal de Protección Civil del Municipio de Jiquilisco, Departamento de Usulután, febrero 2013”*

Dirección General de Estadística y Censos, DIGETYC (2008). *VI de Población y V Censo de Vivienda 2007*.

MINSAL (2010). *La Reforma de Salud en El Salvador*.

MINSAL (2012). *Informe de Labores 2011-2012*.

4. PÁGINAS DE INTERNET

Universidad de Salamanca (2014). *dicciomed.eusal.es Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico*.

RESPONSABLE DEL INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN : NOMBRE : CARNET
Br. Pérez Cruz, Irma Beatriz CH-10013
Br. Pineda Santos, Emilio Orlando PS-06013

TÍTULO DEL INFORME FINAL : REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE
LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA:
CIUDAD ROMERO USULUTÁN (2014 –
2016)

DOCENTE ASESOR DE LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA SOCIOCULTURAL : LIC. LAURA CECILIA MENA QUINTANAR

FECHA DE EXPOSICIÓN Y DEFENSA : JUEVES 08 DE DICIEMBRE DE 2016

TRIBUNAL CALIFICADO : LICENCIADA LAURA CECILIA MENA

MIEMBRO DEL JURADO : LICENCIADA ANA LILIAN RAMÍREZ

MIEMBRO DEL JURADO : MASTER SUSANA MAYBRI SALAZAR

RATIFICACIÓN DE RESULTADOS DEFENSA DE ACUERDO N° :
INFORME FINAL POR JUNTA DIRECTIVA
DE LA FACULTAD

PUNTO :

ACTA N° :

FECHA DE
SESIÓN :

OBSERVACIONES:

- 1° _____

2° _____

3° _____
