

Conocimiento compartido sobre las causas de la presión arterial alta, en tres grupos de diferente edad de Guadalajara, Jalisco, México

Introducción

En antropología médica existen numerosas evidencias que muestran cómo una explicación sobre una condición de salud cambia profundamente de acuerdo a las diferentes culturas y aun dentro de las mismas. En este escrito se pretende caracterizar la estructura

En este artículo se caracteriza la estructura semántica y la representación gráfica multidimensional sobre las causas de la hipertensión arterial, en una muestra de 36 personas, obreros residentes de la Colonia Fábrica de Atemajac en Guadalajara, México. Los resultados evidencian un modelo semántico compartido, dividido en dos subconjuntos de causas: las emociones con algunas variaciones de acuerdo al grupo de edad. Elementos que pueden incorporarse para otorgar una atención culturalmente adecuada.

Palabras clave: hipertensión arterial, causas de enfermedad, modelos semánticos, antropología médica, México.

semántica y la representación de los modelos explicativos causales sobre un mismo padecimiento en tres grupos generacionales residentes de la colonia “Fábrica de Atemajac”, en Guadalajara, Jalisco, México.

La representación de la salud y la enfermedad de acuerdo a Herzlich (1969: 15) se realiza desde tres corrientes, la primera parte de la medicina y tiene una finalidad preventiva o curativa; la segunda, desarrollada desde la antropología, se ocupa de la “relatividad cultural de concepciones y comportamientos en el terreno de la enfermedad y la salud”; y la tercera “afirma la importancia de los comportamientos sociales concernientes a la

* Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y en Servicios de Salud. IMSS-Jalisco.

✉ Javier_91046@yahoo.com

** Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y en Servicios de Salud. IMSS-Jalisco.

*** Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM.

salud y la enfermedad”. Nuestro estudio se ubica principalmente en la segunda corriente, en intersección con las dos restantes.

Para fines del trabajo, entenderemos a la cultura no sólo como conocimiento compartido acerca de la realidad (Romney, 1986: 331-338), como corpus que organiza el conocimiento del entorno cultural (Tyler 1969: 3), sino también aquél que se ha incorporado a través de experiencias significativas que ayudan a orientar a cada persona a estructurar modelos interpretativos que dan sentido a sus acciones (Bock, 1999: 190-224).

Este enfoque ha provocado un creciente interés científico para relacionar el proceso cognitivo humano con los sistemas conductuales, favoreciendo el desarrollo de técnicas antropológicas específicas en su rama cognitiva, como herramientas formales con la pretensión de facilitar la comprensión de clasificaciones y relaciones susceptibles de ser abordadas en un grupo humano donde un dominio cultural presenta cierto nivel de organización (Castro, 2007: 105-138; Bernard, 1988: 110-125; Trotter II, 1998: 691-735).

En el caso de la hipertensión arterial¹ (presión arterial alta), como en otros padecimientos crónicos, un problema frecuente en la práctica clínica es la disparidad observada entre el conocimiento popular y el conocimiento médico acerca de las causas de la enfermedad (Garro, 1988: 98-119), situación que incide en el manejo integral del paciente,² el proceso de afrontamiento del padecimiento (Vargas, 1991: 3-6) y su auto-atención (García de Alba, 2002: 211-216). Aspectos que

1. La historia social de la hipertensión arterial como producto de la modernidad tiene mucho que ver con historia de la iatrosofía médica, donde se constata la racionalidad instrumental que eleva al estatus de enfermedad clínica a un signo definido por la elevación de la presión arterial igual o superior de 140 mm de Hg y /o 90 mm de Hg en sus dimensiones sistólica (cuando se contrae el corazón) y diastólica (cuando se relaja el corazón).

2. En este manejo intervienen además del médico, enfermería, nutrición, psicología, cultura física, trabajo social, etcétera.

afectan la calidad de la atención médica sanitaria, limitando no tan solo el control de la hipertensión, sino también su prevención en el sentido más amplio de la palabra.³

Cabe señalar que la hipertensión arterial se presenta en uno de cada diez mexicanos y que en el contexto médico se le denomina como el “asesino silencioso”, por su avance asintomático y porque está relacionada en 80% con todos los decesos de origen cardiovascular⁴ (García de Alba, 1990: 89-98), grupo que ocupa el primer lugar de mortalidad en Jalisco y el país (INEGI, 2007).

La hipertensión arterial es el primer motivo de consulta en el primer nivel de atención médica (SSJ, 2004) (IMSS, 2007) y su control es complejo, ya que menos de 25% de los pacientes tratados presentan sus cifras tensionales dentro de los límites normales⁵ (Velázquez, 2002: 71-84). Cabe señalar que uno de los grupos de alto riesgo en nuestro medio es el de los obreros (García de Alba, 2008: 42-50; García de Alba, 1992:109-117).

Investigar modelos explicativos y de manera concreta las causas de una enfermedad y/o un padecimiento como la presión arterial alta, a manera de dominio semántico, ayuda a revelar reglas, leyes y estructura, las cuales no es posible conocer de antemano o predecirlas a partir de conocimiento abstracto a nivel general, porque son los sujetos del estudio quienes nos los darán a conocer previo trabajo de campo.

Lo anterior cobra mayor relevancia si ubicamos al bienestar humano como proceso ecológico-cultural, donde los grupos sociales tienen que satisfacer sus necesidades de salud-enfermedad mediante diversas vías; por lo tanto si se analizan ciertos significados (como las causas del proceso

3. La Prevención implica: promoción de la salud, educación en salud y protección específica.

4. Principalmente: accidente vascular cerebral, infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca.

5. Las cifras normales de tensión arterial son iguales o menores a 120/80 milímetros de mercurio.

salud-enfermedad) en una subcultura dada, es razonable establecer algunos conceptos que se puedan usar más allá de la subcultura analizada, pues la irreductibilidad de un universo semántico no radica solamente en sus diferencias, sino también en cómo organizan componentes similares o la distinta forma de aplicar sistemas y reglas de organización a los mismos elementos (Castro, 2007: 135-138).

La antropología cultural en su rama cognitiva, requiere usar mecanismos para el conocimiento de la estructura semántica del objeto de estudio, donde destaca la técnica de listas libres, que es la más empleada para iniciar la exploración de dominios cognitivos, ya que el investigador inquiriere sobre aspectos específicos —como es el caso de las causas que producen la presión arterial alta— y registra todas las respuestas en detalle.

La técnica de las listas libres tiene la ventaja de que provee, para un mismo tiempo y espacio y población, información vernácula que puede ser utilizada como una ventana para fines educativos, promocionales, etc., ya que los resultados obtenidos facilitan la definición de variaciones intra e interculturales, por género, etnia, generación, ocupación, etcétera.

Los antropólogos con enfoque empiricista recomiendan usar la técnica de listas libres en forma individualizada, para prevenir la contaminación por otros informantes; los antropólogos constructivistas utilizan la técnica de manera colectiva, en grupos de discusión grupal (Trotter II, 1998: 109-110).

Otra técnica utilizada en antropología aplicada que complementa la utilización de la técnica de listas libres, con el propósito de no caer en abstracciones que no correspondan a la realidad psico-cultural de los sujetos investigados, es a través de la reacción que un signo⁶ provoca mediante la

6. En este caso la(s) causa(s) de la hipertensión arterial.

técnica del sorteo de montones, que ayuda a los informantes participantes a estructurar de manera abierta o constreñida subconjuntos clasificatorios con base en los elementos que constituyen un dominio cultural específico, obtenidos previamente por la aplicación de las listas libres. Al efecto se utilizan materiales visuales, como láminas con dibujos o tarjetas rotuladas, donde cada una de ellas constituye un elemento del dominio cultural estudiado, para que posteriormente el investigador solicite al informante que acomode y explique, a partir de su similitud, las tarjetas o las láminas en montones de número indistinto apilados por el informante.

Weller y Rommey (1998:73-78) y Borgatti (1992) describen con mayor detalle cómo los resultados del sorteo de montones pueden ser aprovechados con ventaja, mediante la aplicación de los métodos como el análisis de agrupamientos (*Cluster analysis*) y de análisis de correspondencia para obtener gráficas de escalamiento multidimensional (*multidimensional scaling*).

Estudiar los modelos culturales (D'Andrade, 1995: 182-217) como una forma de comprender las representaciones populares de la enfermedad, nos ayuda a establecer alternativas de atención a problemas de salud específicos, de acuerdo a la cultura de los grupos humanos estudiados, "ya que los esquemas culturales tienen la particularidad de ser compartidos por un grupo en un lugar y tiempo dados, pues constituyen también la manera en que se codifica y almacena en la mente el conocimiento cultural" (Castro, 2007: 135-138).

De esta manera, mediante la aproximación antropológica médica, el conocimiento obtenido puede utilizarse como un puente de relación entre "lo biológico y lo social", y así poder establecer programas integrales de atención culturalmente adecuados para las personas que padecen hipertensión arterial en nuestro medio.

Material y métodos

Universo de trabajo

Lo constituyó la base de datos de un estudio previo (García de Alba, 1998), sobre la población trabajadora de la colonia “Fábrica de Atemajac”, ubicada al norte de la ciudad de Guadalajara, cuya población de 5,941 habitantes vive en 65 manzanas colindantes a la antigua Fábrica Textil de Atemajac, en el triángulo formado, como vértice, por la confluencia de las calles Fidel Velázquez, Avenida del Federalismo, y como base, la colonia Chapultepec Country.

Muestra

Los datos corresponden a una muestra propositiva tomada al azar, donde fueron seleccionadas aleatoriamente 13 manzanas. En cada una de ellas se realizó un conteo de viviendas, escogiendo tres casas habitación, también al azar (con reemplazo, de ser necesario)⁷ y en cada una de ellas se invitó a participar en el estudio a una persona con o sin hipertensión arterial, de ambos sexos, que fueran o hayan sido obreros y que tuvieran 15 o más años de edad, lográndose la aceptación informada de 37 personas que se constituyeron en tres grupos etáreos de 15 a 29 años (hijos), de 30 a 49 años (padres) y de 50 y más años (abuelos).

El tamaño de la muestra de cada grupo (>10 personas) se estableció de acuerdo a lo señalado por Weller y Rommey (1998: 73-78), para una competencia cultural superior de 50%, con una confianza de 95% y 5% de error.

Recolección y análisis de datos

El registro de datos se realizó mediante entrevista estructurada de manera individual e independiente en un

7. En caso de ser un taller, comercio o casa desocupada.

lugar privado de la propia casa del informante por uno de los investigadores que:

1. Registró en un cuestionario preestablecido los datos socio-demográficos y de identificación de cada participante.
2. Aplicó la técnica de listas libres (Weller et al., 2000: 365-409), donde se le preguntó a cada persona, de manera individual ¿cuáles son las principales causas de la “presión arterial alta”? Todas las respuestas fueron transcritas textualmente y codificadas posteriormente en base al ítem más referido de acuerdo a las respuestas sinónimas.
3. Con ayuda del programa Anthropac® (Borgatti, 1992) se integró, por cada grupo de edad, la estructura semántica de las causas expresadas por los informantes, para así obtener un listado jerárquico de las causas referidas de acuerdo a sus frecuencias relativas y absolutas.

Tres o cuatro semanas más tarde, el mismo investigador:

1. Con los ítems mencionados en las listas libres y con los mismos participantes y en privacidad, aplicó la técnica de sorteo de montones (Trotter II, 1998: 691-735)

Para aplicar la técnica del sorteo de montones:

1. Se seleccionaron solamente los ítems que hubieran sido mencionados al menos por dos personas de los grupos participantes.
2. Se imprimió con letra de molde cada uno de los ítems seleccionados en una tarjeta blanca de 10 x 5 centímetros,
3. El investigador indicó a cada participante que acomodara las tarjetas en montones de acuerdo a su simi-

ridad; registró los ítems de los montones realizados en una hoja aparte y le preguntó al participante la razón por la cual hizo esos acomodos.

La siguiente etapa consistió en procesar las respuestas con ayuda de Anthropac, así como realizar análisis de *clusters* y de correspondencia entre los ítems ordenados, para establecer graficas de escala multidimensional⁸ óptima para las estructuras semánticas encontrada, en cada grupo de edad (Borgatti, 1992).

Resultados

Grupo de personas con menos de 30 años de edad (n = 11)

De los participantes, 45% fueron mujeres y 55% varones. El promedio de edad fue de 21.7 años (rango de 17 a 29). El nivel de educación promedio fue secundaria (45%) y profesional (9%), 36% trabajaba como obrero o eran hijos de obreros y 18% laboraban en casa. Todos fueron católicos. Solamente una persona estaba casada, 82% estaban afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y solamente una persona padecía hipertensión arterial.

Grupo de 30 a 49 años (n = 12)

Fueron 67% mujeres y 33% hombres. La edad promedio fue 41.25 años (rango de 30 a 49). Tenían educación primaria (66%) y profesional (8%), 8 estaban casados, 100% eran católicos, 83% estaban afiliados al IMSS y 42% padecían hipertensión arterial.

Personas de 50 años o más (n = 14)

Fueron 79% mujeres y 21% hombres. El promedio de edad fue de 71.2 (rango de 60 a 82). Su nivel educacional osciló

8. "Multidimensional scaling", se realiza bajo el supuesto de que existe un continuum de distancias virtuales relativas entre cada causa determinada.

entre nunca asistió a la escuela y primaria incompleta, 71% estaban jubilados, 50% casados, 36% viudos y 14% solteros, todos católicos, 93% estaban afiliados al IMSS y 71% padecían hipertensión arterial.

Estructura semántica

Cuadro 1
Modelo de causas

<i>Lugar</i>	<i>Grupo de 50 años y más</i>	<i>Grupo de 30 a 49 años de edad</i>	<i>Grupo de menos de 30 años de edad</i>
1	Corajes	Tabaco	Obesidad
2	Tensiones	Tensiones	Tensiones
3	Enojos	Obesidad	Enojos
4	Alimentación	Corajes	Nervios
5	Tabaco	Enojos	Alimentación
6	Sustos	Nervios	Mortificaciones
7	Obesidad	Alimentación	Tabaco
8	Mortificaciones	Mortificaciones	Corajes
9	Contaminación	Edad	Edad
10	Penas	Contaminación	Penas
11	Nervios	Sustos	Sustos
12	Edad	Penas	Contaminación
13	Alegrías	Alegrías	Alegrías

Fuente: base de datos

El modelo de causas (cuadro 1) esta formado por 13 ítems referidos al menos por dos participantes como causas de presión arterial alta.

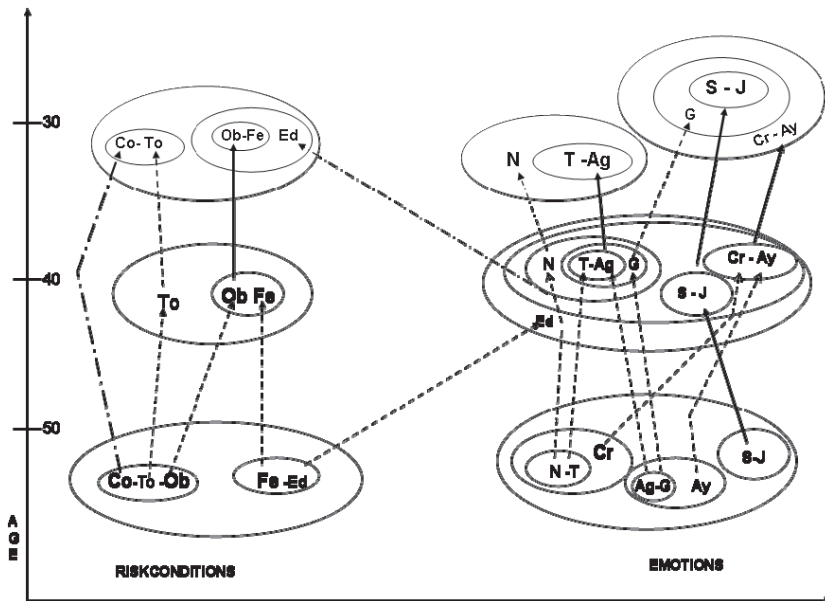
Obsérvese que la mayor parte de los ítems se refieren a emociones (8 = 62%) y en segundo término se ubican ciertos factores y conductas de riesgo para la salud (4 = 31%) y las condiciones de riesgo (1 = 7%).

Nótese cómo decremantan su posición jerárquica, conforme el grupo es más joven, los corajes y la contaminación; el tabaco ocupa el primer lugar sólo para el grupo de 30-49

años; y la obesidad y los nervios incrementan su posición conforme la generación es más joven. Véase también, cómo las tensiones y las alegrías se mantienen en la misma posición independientemente de la edad.

Figura 1

Diagrama multidimensional de causas de la presión arterial alta, por los participantes de tres grupos de edad estudiados



Nota: Co = contaminación. To = tabaco. Ob = obesidad. Fe = alimentación. Ed = edad. N = nervios. T = tensiones. Cr = enojos. Ag = mortificaciones. G = penas. Ay = corajes. J = alegrías. S = sustos.

En la figura 1, los ítems referidos por los tres grupos se presentan en un diagrama de escala multidimensional, donde se muestra que los ítems se agrupan en dos subconjuntos (con varios ítems en su interior a manera de núcleos relacionados), uno referido a las emociones y otro relacionado con condiciones de riesgo.

Nótese cómo la dinámica de los ítems a través de los grupos de edad presenta variaciones, por ejemplo: solamente el núcleo de ítems sustos-alegría coincide con esa relación a lo largo de los tres grupos analizados. Otros ítems se incluyen en diferentes núcleos, como el tabaco, obesidad y alimentación; otros como la edad, se mueven de un subconjunto a otro; o se ubican aparte en un núcleo, como son: nervios, mortificaciones y penas, en los grupos de personas de 30 a 49 años y menores de 30 años.

Discusión

Los resultados del presente trabajo están limitados al contexto y personas investigados, sin embargo consideramos que para nuestro medio representa una contribución para el estudio de las causas de la hipertensión arterial⁹ expresadas por la población no médica.

El estudio pone de manifiesto la existencia de un modelo semántico¹⁰ compartido de las causas de la presión arterial alta, independiente de la edad y condición de salud en las personas entrevistadas con edades mayores a los 15 años residentes de la colonia “Fábrica de Atemajac”.

El modelo encontrado y compartido por las personas entrevistadas presenta una estructura de 13 ítems sobre las causas de la presión arterial alta, evidenciando como el subconjunto más importante a las de origen psico-social, es decir las de carácter emocional, que pueden incluirse como términos de rango focal o básicos, es decir, referentes genuinos al prototipo de causas de la hipertensión arterial. El otro subconjunto de factores causales se puede considerar como de rango extendido (Brent, Breedlove y Raven, 1968),

9. Entendida también como presión arterial alta.

10. Modelo semántico como una referencia explicativa o juego de suposiciones acerca de una clase de causas o causas principales relacionadas con un fenómeno o hecho particular

constituyendo ambos una especie de prototipo o regularidad semántica.

Esta regularidad ha sido descrita por otros antropólogos que han investigado las causas de la enfermedad, donde generalmente han obtenido evidencia etnográfica que señala a las causas psico-sociales como las más relevantes (Evans-Prichard, 1937: 285-286), (Cassel, 1961: 25-33), (Rubel, 1985: 15-35); por ejemplo Murdock (1985: 285-286) encontró que en 139 sociedades no industriales, alrededor del mundo, las causas más frecuentes de enfermedad incluyen factores de tipo psicosocial. Factores que por sus efectos se relacionan cada vez más con la actual salud poblacional, independientemente de conductas que conducen a la exposición de algunos riesgos mecánicos producto de los efectos de la modernización en la salud, como la contaminación y las toxicomanías, ya que el ser humano en el curso de su vida transita alternado un contexto con múltiples dimensiones (Dressler, 1996: 252-271).

De una manera específica, otros antropólogos que han investigado la hipertensión arterial en diferentes grupos culturales, han puesto de manifiesto que las emociones son los principales factores causales señalados por la población lega (Blumhagen, 1980: 197-227) (Dressler, 1992: 757-762). Sin embargo son pocas las investigaciones que exploran la hipertensión en Latinoamérica o en términos generacionales.

El modelo encontrado sugiere ser producto de un acuerdo cultural que señala, como causas de la presión arterial alta, por orden decreciente: a las emociones, las conductas inadecuadas y las condiciones ambientales, poniendo de relieve la interacción social entre esta gente que comparte tiempos y espacios de manera simultánea, donde contrastan modelos explicativos de hipertensión arterial de tipo psicosocial y

de orden físico,¹¹ proceso que provoca un traslape de dominios¹² que Linch (2006: 285-306) considera sirven de guía al combinar información social y biológica con el propósito de obtener una atención pragmática de la enfermedad, al combinar soluciones caseras, tradicionales y biomédicas de acuerdo a su percepción, significados, intereses y posibilidades económicas.

Nuestro estudio presenta algunas similitudes con el realizado por Blumhagen (1980: 197-227) en el hospital de Veteranos de Seattle, donde muchos de los pacientes entrevistados caracterizaron el modelo explicativo de la hipertensión por un predominio de elementos subjetivos como: el nerviosismo, susto, ansiedad, preocupaciones, coraje, hiperactividad, tensión y agotamiento.

Los pacientes mexicanos estudiados, al igual que los veteranos de Seattle, perciben como principales causas de la presión arterial alta a elementos o condiciones de origen psicosocial ya que en menor proporción se consideraron conductas inadecuadas y hábitos no saludógenos.

Es importante destacar que, en todas las personas afectadas, la hipertensión arterial parece reflejar el pasado social¹³ en forma de exposición a motivos principalmente psicosociales y en menor medida por motivos ambientales

11. Las concepciones causales de la población lega no coinciden 100% con las concepciones biomédicas, sin embargo esta población manifiesta una racionalidad basada en la experiencia y el acervo cultural grupal, que le sirve para una constante re-interpretación donde, en ocasiones, la relación con el médico es sólo un punto de contacto en este proceso.

12. En este traslape se relacionan varias lógicas sobre los mecanismos causales de la enfermedad, por ejemplo: 1. Invasivos: por gérmenes infecciosos, 2. Degenerativos por la edad (que es vista por el grupo de jóvenes como un acontecimiento que aún tardará mucho en llegar; en el caso de los de mayor de edad, como una situación "normal" que conlleva un deterioro paulatino del cuerpo), 3. Mecánicos por el humo del tabaco y 4. Desequilibrio por un susto.

13. Este pasado social pesa en la clase obrera, porque como clase social presenta un control sobre pocas áreas de su vida, situación que hace en ocasiones inconcebible este valor (Freund et al., 2003: 169-173), cayendo en una especie de fatalismo que se expresa con la frase "de algo me tengo que morir".

que se exacerban por situaciones cotidianas actuales que les permiten justificar, no tan sólo un auto-diagnóstico sino también en algunos casos (de pacientes institucionales, principalmente) su no adherencia a obligaciones sociales, familiares y laborales, donde ellos perciben las posibles fuentes de tensión.

Provocando una falta de comprensión en la relación médico-paciente, porque precisamente en las definiciones causales legas y las médicas normativas de hipertensión arterial se plantean diferentes significados, que desarrollan barreras para la promoción de la salud y el manejo de la enfermedad.

En las personas investigadas, de manera específica, la definición de las causas compartidas como emociones experimentadas en los diferentes grupos de edad, de forma consistente señalan a: los corajes como expresión agresiva de altos niveles de frustración o represión personal; las tensiones como el estrés cotidiano, los enojos como expresión de dificultades en las relaciones sociales, las mortificaciones como una forma de auto-malestar personal dado por situaciones íntimas o familiares, las penas como expresión de sufrimiento personal; los sustos al igual que las alegrías se refieren a los efectos de de situaciones no esperadas que acontecen de manera sorpresiva (Weller *et al.*, 2002: 406-429); los nervios están relacionados con la ansiedad (Baer *et al.*, 2003: 315-337).

Estas causas psicosociales de diferente génesis y significado personal, son reducidas por las personas del grupo estudiado bajo el término “estrés”,¹⁴ que aparece como una simplificación utilizada durante la relación médico-paciente, lo cual viene a complicar la comprensión de las causas de la hipertensión arterial, debido a que el profesionalista

14. Estrés entendido como un proceso crónico.

biomédico, atribuye el estrés¹⁵ a una compleja red de disrupciones de orden fisio-patológico¹⁶ donde el médico puede actuar con una intervención farmacológica,¹⁷ a diferencia del otro subconjunto de causas expresadas que el médico considera como factores de riesgo a eliminar, reducir o controlar, mediante la educación, la higiene, el cambio de estilos de vida —hábitos inadecuados como el tabaquismo, la alimentación incontrolada, o ciertas condiciones personales como la obesidad y la edad (entendida como envejecimiento corporal)—,¹⁸ además del deterioro ambiental expresado como contaminación.

Es importante destacar que los resultados mostrados sugieren un solo modelo semántico de causas de la presión arterial alta compartido por los tres grupos estudiados, lo cual aparentemente facilitaría su abordaje estratégico para aplicaciones de promoción de salud, prevención y atención médico-sanitaria.

Sin embargo, el arreglo de los 13 ítems en dos subgrupos (emociones y factores de riesgo) debe ser considerado cuidadosamente, con objeto de no caer en polarizaciones o falsos dilemas, porque tradicionalmente las emociones son sobreentendidas por muchos miembros del personal de salud como “elementos de orden subjetivo e individual”, a diferencia de las condiciones de riesgo que se pueden interpretar como “elementos objetivos”; lo cual plantearía aparentemente una situación de ambivalencia, e inclusive de irracionalidad¹⁹ en la atribución grupal de causas de hipertensión, que en los servicios de salud frecuentemente se supera mediante la priorización en el tratamiento “racional” de los elemen-

15. Para la medicina, la hipertensión arterial tiene una causa idiopática.

16. El modelo lesional de orden orgánico, celular o molecular, prevalece en esta lógica.

17. Por lo general, mediante la prescripción de ansiolíticos o antidepresivos.

18. En términos del efecto temporal del estrés oxidativo.

19. Situación que el médico considera como parte del pensamiento lego.

tos objetivos, restándoles importancia²⁰ o tratando como estrés²¹ a los elementos subjetivos (por la parte otorgante de los servicios de salud), circunstancia inapropiada para una atención integral ya que ambos tipos de elementos, al ser construcciones culturales, es decir distinciones aprendidas, no se limitan solamente a la hipertensión sino que la trascienden, ya que estructuran y comunican innumerables aspectos y significados de las experiencias vitales (entre otras las de la enfermedad) y del discurso cotidiano (entre otros, el de la salud) de los pacientes donde en-codifican una inmensa porción de su mundo, de su vida social e inclusive de su moralidad²² (Bock, 1999: 224-239).

Así, el modelo encontrado puede ubicarse en los marcos explicativos trans-dominio (Lynch, 2006: 285-306) que sirven como guía o heurística para que las personas combinen las dimensiones biológica, psicológica y social de las causas de la hipertensión y de sus contextos, enriqueciendo y profundizando su significado y contenido semántico.

Por lo antes señalado, el modelo de causas que manejan las personas investigadas debe considerarse como producto e insumo de y para la construcción social de la realidad en salud²³ de cada sociedad y época, y da un matiz particular a cada uno de los tres grupos estudiados, pues no se debe perder de vista que a pesar de sus pequeñas variantes por grupo de edad estudiado, todo el grupo abarca varias déca-

20. En ocasiones olvidándolos.

21. Muchas veces con tratamiento antidepresivo o ansiolítico.

22. Cassell (1975: 41-61) considera en la génesis de la hipertensión arterial la influencia de los factores ambientales, entre los que incluye el consumo de sal y la actividad física. Ha destacado que los factores psicosociales juegan un papel importante, particularmente en la desaparición de un sistema de valores coherente y su reemplazo por otro distinto, en distintas circunstancias, donde su habitual forma de afrontamiento no es efectiva, aspecto que puede provocar desajustes los cuales Dressler ha determinado bajo el nombre de "consonancia cultural", donde las contradicciones socio-culturales de un grupo determinado se expresan con cifras altas de presión arterial, en sus dimensiones sistólica y diastólica (Dressler, 2005: 331-355).

23. Donde se incluye al proceso salud-enfermedad hipertensión arterial.

das de conocimiento compartido para mantener relaciones de clase, de generación, de género, etc., circunstancia que entreteje la tradición y la modernidad en la cotidianidad.

Este modelo semántico es producto de un acuerdo de conocimiento culturalmente compartido por los tres grupos analizados, que muestra la agrupación de los mismos ítems como elementos relacionados, mostrados en la gráfica de escala multidimensional como subconjuntos en una especie de continuum cultural que fluye entre los grupos estudiados y los integrantes de cada grupo de estudio, evidenciado por la observación porque dentro del modelo semántico hay cierta variabilidad temporal, manifestada por la forma de asociar dichos ítems en cada grupo de edad analizado. Es decir, las personas manejan el modelo a manera de esquemas culturales dinámicos (Castro, 2007: 135-138), en función a la realidad donde se aplican, llenando espacios vacíos de la estructura semántica según sea necesario moldear el conocimiento, comportándose como imagen-esquema, para proveer marcos que nos ayudan a entender ciertos usos metafóricos al referirse a la enfermedad, *v. gr.* “Tenía tanta presión, que sentía que me iba estallar la cabeza” o como esquemas-proposición a manera de conjunto de conceptos relacionados, *v. gr.* “El coraje que pasé me provocó la subida de la presión”.

Es importante recalcar que el modelo de causas señaladas por los participantes es pragmático, pues toma del modelo biomédico de causas de la hipertensión arterial sólo ciertas condiciones de riesgo que han sido señaladas por los especialistas (JNC 7, 2003: 1206-1252), así incorporan a la obesidad y al tabaquismo como elementos causales aunque minoritarios en términos de su frecuencia y de menor jerarquía como causas para la presión arterial alta, que complementan a los elementos emocionales.

Creemos que las implicaciones de nuestros resultados pueden motivar al profesional de la salud a realizar en su práctica un doble esfuerzo:

1. De comprensión hacia el usuario de los servicios.
2. De unión entre el conocimiento cotidiano y el conocimiento científico, para lograr una atención a la salud con mayor calidad y más efectiva (De los Santos, 2005: 247-249).

Incorporar a los diferentes niveles de la atención²⁴ en este doble esfuerzo precisa, por la parte normativa del sector salud, del establecimiento de políticas en salud culturalmente apropiadas, al tiempo que se hace necesario considerar, por la parte operativa del sector, de manera seria y comprensiva, a la estructura cognitiva y las relaciones entre los elementos mencionados por la población leiga como causales de la hipertensión arterial.

Una de las implicaciones médico-sanitarias que tiene ignorar el conocimiento popular, la ejemplifica Heurtin-Roberts (1992: 787-792), quien reporta que las personas que atribuyen su padecimiento a causas puramente psicosociales no se adhieren a su tratamiento médico, debido a barreras que plantea superar la dicotomía mente-cuerpo.²⁵

El equipo de salud debe considerar que la hipertensión es un ejemplo típico de “enfermedad sin padecimiento”, porque los pacientes no “sienten” que algo anda mal en su funcionamiento físico, social o mental; que es el médico quien afirma la situación de enfermo de una persona, con base en la tecnología y que el diagnóstico muy frecuentemente ocurre como hallazgo durante el examen físico, cuando se

24. Clínicas, hospitales generales y hospitales de alta especialidad.

25. Tanto en el individuo, como en el equipo de salud y en la institución de salud.

toma la presión arterial o porque el paciente, a pesar de tener el diagnóstico de hipertensión arterial, solicita ayuda por otro padecimiento que le es más significativo.²⁶ Por lo antes señalado y debido a que los pacientes hipertensos son mayoritariamente asintomáticos, no es raro que rehúsen el tratamiento o descontinúen el mismo cuando se “sienten mejor”, o con mayor razón cuando manifiestan efectos colaterales o reacciones secundarias a un medicamento hipertensivo.²⁷

Sin embargo, de manera paradójica, el hecho de etiquetar a un obrero como hipertenso plantea un incremento substancial de ausentismo laboral (Haynes et al., 1978: 741-744).

El modelo encontrado explica porqué los pacientes hipertensos pueden utilizar indistintamente la medicina tradicional y la biomedicina para atenderse de la hipertensión arterial, situación que no manifiesta una contradicción en el paciente, porque en un modelo como el encontrado los factores interpersonales o morales que causan enfermedad, inclusive dañando al cuerpo, este daño es relativo para el enfermo porque, de acuerdo con su gravedad, el problema puede repararse o no, con o sin el apoyo del médico (Shweder, 1997: 119-169).

En suma, la existencia de un modelo cultural de causas de la presión arterial alta en la población de la Colonia Fábrica de Atemajac en Guadalajara, Jalisco, puede ayudar a enriquecer las acciones de promoción de salud; educación en y para la salud; protección específica; diagnóstico precoz, e inclusive el tratamiento de la hipertensión arterial. Sobre todo si al operacionalizar el modelo dentro de los programas preventivos o de control del padecimiento, las similitudes y las diferencias mostradas por los grupos de edad inves-

26. Por ejemplo, el colesterol y la diabetes.

27. Que puede ser tos, bochornos, disfunción sexual, hipotensión postural, etcétera.

tigados, posiblemente podemos estructurar programas integrales culturalmente apropiados para poblaciones con características parecidas. ☉

Fecha de recepción: 10 de febrero de 2009.

Fecha de aceptación: 23 de junio de 2009.

Bibliografía

- Baer, Roberta D., Susan C. Weller, Javier García de Alba, Mark Glazer, Robert Trotter, Lee Patcher y Robert E. Klein (2003), "A Cross-Cultural Approach to the study of a Folk Illness 'Nervios'", *Culture, Medicine & Psychiatry*, vol. 27, núm. 3, pp. 315-337.
- Berlin, Brent, Dennis Breedlove y Peter Raven (1968), "Covert Categories and Folk Taxonomies", *American Anthropologist*, vol. 70, núm. 2, pp. 290-299.
- Bernard, H. Russell (1998), *Research Methods in Cultural Anthropology*, Newbury Park, EU, Sage Publications, pp. 110-125.
- Blumhagen, Dan (1980), "Hyper-tension: a folk disease with a medical name", *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 34, núm. 4, pp. 197-227.
- Bock, Phiulip K. (1999, 2ª ed.), *Rethinking Psychological Anthropology: Continuity and change in the study of human action*, Prospect Heights, Illinois, EU, Waveland Press, Inc., pp. 190-208 y 224-239.
- Borgatti, Stephen P. (1992), *ANTHROPAC 4.0*. Columbia Analytic Technologies.
- Cassell, John y Herman Tyroler (1971), "A Epidemiological Studies of cultural Change", *Archives of Environmental Health*, vol. 3, núm. 1, pp. 25-33.
- Cassell, John (1975), "Studies of hypertension in migrants", en Paul O. (ed.), *Epidemiology and control of hypertension*, Nueva York, Stratton, pp. 41-61.

- Castro, Damián (2007), "Antropología cognitiva y teoría de los esquemas", en Grupo Antropocaos, *Exploraciones en antropología y complejidad*, Argentina, Editorial Sb, pp. 105-138.
- D'Andrade, Roy (1995), *The development of cognitive anthropology*, Cambridge, EU, Cambridge University Press, pp. 182-217.
- De los Santos-Briones, Saúl y Dulce María Cruz-Lavadores (2005), "Criterios éticos para la formulación de políticas y programas de salud", *Gaceta Médica de México*, vol. 141, núm. 3, pp. 247-249.
- Dressler, William, Evans, Peter., y Gray Pereira (1992), "Status incongruence and serum cholesterol in a English general practice", *Social Science and Medicine*, vol.34, num. 7, pp. 757-762.
- Dressler, William (1996), "Culture, Stress and Disease", en Carolyn F. Sargent y Thomas M. Johnson. (eds.), *Medical Anthropology*, Wesport, EU, Preager, pp. 252-271.
- Dressler William, Catalina Borges, Mauro Baleiro y José E. Dos Santos (2005), "Measuring Cultural Consonance with Special Reference to Measurement", en *Anthropology. Field Methods*, vol. 17, núm. 4, pp. 331-355.
- Evans-Pritchard, Eduard. E. (1937), *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*, Oxford, UK, Clarendon Press.
- Freund, Peter E. S., Meredith B. McGuire, Linda S. Podhurst (2003, 4ª ed.), *Health, Illness, and the Social Body*, New Jersey, EU, Prentice Hall, pp. 169-173.
- García de Alba, Javier Eduardo, Elva Arias, José Z. Parra y Teresa Velazco (1990), "Algunos aspectos de la presión arterial en trabajadores urbanos", *Archivos del Instituto de Cardiología de México*, vol. 60, núm. 1, pp. 89-98.
- García de Alba, Javier Eduardo, Victor De Munck, R. A. L. Salcedo, Luis Vargas y Trini Garro (1998), "Chapter Twelve. Consensus Analysis. High Blood pressure in

Bibliografía

- a Mexican Barrio”, en Victor De Munck y Elisa Sobo (eds.), *Using Methods in the field. A Practical*, Walnut Creek CA, Altamira Press (a division of Sage Pub Inc), pp. 197-210.
- García de Alba, Javier Eduardo, Arthur J. Rubel, Carmella Moore, Mario Márquez-Amezcuca, Silvia Casasola y Cristina Von-Glascoe (2002), “Algunos aspectos antropológicos del encuentro médico-paciente con tuberculosis pulmonar en el Occidente de México”, *Gaceta Médica de México*, vol. 138, núm. 2, pp. 211-216.
- García de Alba, Javier Eduardo, Ana L. Salcedo-Rocha, Silvia Valencia, Karla Aguilar, M. Márquez-Amezcuca y Ana R. Plascencia (2008), “Prevalencia de hipertensión arterial en mujeres mexicanas del área metropolitana de la ciudad de Guadalajara”, *Humanitatis*, vol. 5, num.12, pp. 42-50.
- García de Alba, Javier Eduardo (1992), “La hipertensión arterial en obreros textiles”, en Eduardo Menéndez y Javier E. García de Alba (eds.), *Prácticas populares, ideología médica y participación social*, Universidad de Guadalajara, México, pp. 109-117.
- Garro, Linda (1998), “Explaining high blood pressure: variations in knowledge about illness”, *American Anthropologist*, vol. 15, num. 1, pp. 98-119.
- Haynes, R. B., D. L. Sackett, D. W. Taylor, E. S. Gibson y A. L. Johnson (1978), “Increases absenteeism from work after detection and labelling of hypertensive patients”, en *England J Med.* núm. 299, pp. 741-744.
- Herzlich, Claudine (1969), *Sante et Maladie. Analyse d'une representation sociale*, París, Mouton, pp. 15.
- Heurtin-Roberts, Suzanne y Efraim Reisin (1992), “The relation of culturally influenced lay models of hypertension to compliance with treatment”, *American Journal of Hypertension*, vol. 5, num. 11, pp. 787-792.

- Lynch, Elizabeth y Douglas Medin (2006), "Explanatory models of illness: a study of within -culture variation", *Cognitive Psychology*, vol. 53, núm. 4, pp. 285-286.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2007), México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Delegación Jalisco (2007), *Motivos de demanda de consulta. SUI-27*.
- Joint National Committee on Prevention (2003), "Detection, Evaluation and treatment of High Blood pressure, JNC 7", *Hypertension*, vol. 42, núm. 10, pp. 1206-1252.
- Murdock, Geoge P. (1980), *Theories of Illness: A world survey*, Pittsburg, EU, Pittsburg Press.
- Rommey, A. Kimball, Susan C. Weller y William H. Batchelder (1986), "Culture as consensus: a theory of culture and informant accuracy", *American Anthropologist*, vol. 81, núm. 2, pp. 313-338.
- Rubel, Arthur J., Carl W. O'Neill y Rolando Collado-Ardon (1995), *Susto: una enfermedad popular*, México, Fondo de Cultura Económica, pp. 15-35.
- Shweder, Richard A., Nancy C. Much, Maramahan Mahapatra y Lawrence Park (1997), "The big three of morality (autonomy, community, divinity and the "big three" explanations of suffering)", en Alan, M. Brandt y Paul Rozin (eds.), *Morality and health*, Florencia, Italia, Taylor and Frances/Routledge, pp. 119-169.
- Secretaría de Salud, Jalisco (2004), *SUIVE 2004*, Guadalajara, Gobierno del Estado de Jalisco.
- Trotter II, Robert T. y Jean J. Schensul (1998), "Methods in applied Anthropology", en Bernard, H. Russell, *Handbook of Methods in Cultural Anthropology*, Walnut Creek, EU, Altamira Press, pp. 109-110, 691-735.
- Tyler, Stephen (1969), *Cognitive Anthropology*, Nueva York, Holt Rinehart and Winston, pp. 3.

Bibliografía

- Vargas, Luis A. (1991), "Una mirada antropológica a la enfermedad y al padecer", *Gaceta Médica de México*, vol. 12, núm. 1, pp. 3-6.
- Velázquez-Monroy, Óscar, Martín Rosas, Agustín Lara y Gustavo Pastelín, Grupo ENSA 2000 (2002), "Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000)", *Archivos del Instituto de Cardiología México*, vol. 72, num.1, pp. 71-84.
- Weller, Susan C. y A. Kimball Rommey (1998), *Systematic data collection, Qualitative Research Methods, Series 10*, Newbury Park, EU, Sage, pp. 73-78.
- Weller, Susan C. (1998), "Methods in cultural Anthropology", en Bernard, H. R., *Handbook of Methods in Cultural Anthropology*, Walnut Creek, EU, Altamira Press, pp. 365-409.
- Weller, Susan C., Roberta D. Baer, Lee Patcher, Robert Trotter, Javier Eduardo García de Alba y Mark Glazer (2002), "Regional variations in Latino description of Susto", *Culture, Medicine & Psychiatry*, vol. 26, núm. 4, pp. 406-429.