



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO.**

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
ANTROPOLOGICAS

SALUD, CULTURA Y SOCIEDAD :
" LAS REPRESENTACIONES DE LA HIPERTENSION
ARTERIAL EN LOS HABITANTES DE LA
COLONIA FABRICA DE ATEMAJAC. "

T E S I S
Q U E P R E S E N T A:
JAVIER EDUARDO GARCIA DE ALBA GARCIA
PARA OBTENER EL GRADO DE :
DOCTOR EN ANTROPOLOGIA
D I R E C T O R:
DR. LUIS A. VARGAS GUADARRAMA
MEXICO, D. F. AGOSTO 1997





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

MI AGRADECIMIENTO AL

DR LUIS VARGAS GUADARRAMA

Summary

“Representation of arterial hypertension among the inhabitants of Colonia Fábrica de Atemajac”.

In Mexico, as a mortality cause group all Cardiovascular diseases constitute a serious Public Health problem, reaching the highest grade as a death cause among the general population, and being the fifth most cared for group of illness in the country; in both cases arterial hypertension plays an important roll.

The existence of arterial hypertension among population 15 years of age and older ranges at about 20%, posing its prevention and control a serious problem for all health care Institutions in the country.

Anyhow, we know about principal risk factors through the academic Epidemiology. As well as all the socio-cultural aspects which play a main roll over the frequency of such illness and over its prevention and control.

What we would call “Popular Epidemiology of illness” is not known. For the matter this research aims at knowing principal causes, signs and symptoms, treatment and complications within an ethnographic and ethnocientific focus among groups of : Children (offspring) parents and grandparents of an industrial colony in the city of Guadalajara, capital of the state of Jalisco, located in the centralwest of Mexico.

To achieve this we applied interviewing at depth and the following techniques: Free list and pile sort to obtain cultural patterns related to the four investigated concepts on one hand and cultural accord on the other as well as the multidimensional diagrammatic representation of its constitutive elements.

The main results talk us about a cultural consensus among the three studied groups, being it slightly higher among parents than among sons (offspring) and daughters as well as grandparents, probably the result of an educative process. Concerning arterial hypertension causes we observe a pattern that articulates emotions (inner factors) with habits and environment (outer factors); talking about signs and symptoms these range from the Psychological to the organic, suggesting two entities: “Emotional hypertension” and “Blood hypertension”.

About treatment, there is a differentiation between home remedies and hygiene-medication measures for the prevention and treatment of arterial hypertension. Finally, complications; these range from partial to total inability and death.

Summarizing, arterial hypertension among the inhabitants of Colonia Fábrica de Atemajac in its representation, is a recent model blending the acute illness model to give it a sense of chronicity. Which presents a Popular Epidemiology with significant differences with “The Academic Epidemiological Knowledge”, this popular knowledge must be taken into account for the comprehensive attention of the disease, to help in the development of a syntactical Epidemiology or Eudomiology, in order to constitute one of the pillars of a better population health.

Resumen

“ Las representaciones de la hipertensión arterial en los habitantes de la Colonia fábrica de Atemajac”

En México, las enfermedades Cardiovasculares como grupo de causas de defunción constituyen un serio problema de Salud Pública, ya que ocupan el primer lugar como motivo de defunciones en la población general, y se ubican dentro de los primeros cinco lugares como motivo de atención médica en el país, en ambos casos la hipertensión arterial juega un papel importante.

La prevalencia de la hipertensión arterial en población mayor de 15 años oscila alrededor del 20% y su prevención y control constituye también un grave problema para las instituciones de atención de salud de la nación.

Si bien se conocen a través de la Epidemiología académica los principales factores de riesgo, y se señala que los aspectos socioculturales juegan un papel preponderante en la frecuencia de la enfermedad y su prevención y su control.

Se desconoce lo que podríamos llamar “la epidemiología popular de la enfermedad”. Al efecto la Investigación realizada pretende conocer dentro de un enfoque etnográfico y etnocientífico cuales son las principales causas, signos y síntomas, tratamientos y complicaciones en grupo de: Hijos, Padres y Abuelos de una Colonia Obrera de la Ciudad de Guadalajara, capital del Estado de Jalisco, ubicada en el Noroccidente de México.

Para lograrlo se aplicaron entrevistas a profundidad y las técnicas de: Listas libres y de sorteo de montones para obtener por una parte patrones culturales relacionados a los cuatro conceptos investigados y por otra valores de acuerdo cultural, así como la representación diagramática multidimensional de sus elementos constituyentes.

Los principales resultados nos hablan de un consenso cultural entre tres grupos estudiados, siendo ligeramente mayor en los padres que en los hijos y en los abuelos, probablemente producto de un proceso educativo. En lo que concierne a las causas de la hipertensión arterial se observa un patrón que articula las emociones (factores internos) con los hábitos y el ambiente (factores externos); en lo que se refiere a los signos y síntomas estos van de lo psicológico a lo orgánico, surgiéndonos dos entidades “la hipertensión emocional” y “la hiper-tensión de la sangre”.

Respecto al tratamiento existe una diferenciación entre los remedios a nivel casero y las medidas higienico-medicamentosas para prevenir o tratar la hipertensión arterial. Por último las complicaciones, estas se mueven desde la incapacidad parcial a la total y a la muerte.

En suma la hipertensión arterial en los habitantes de la colonia Fábrica de Atemajac en su representación, es un modelo de reciente acuñación donde se hace un sincretismo del modelo de la enfermedad aguda para darle un sentido de cronicidad, cuya epidemiología popular presenta diferencias notables con “el conocimiento epidemiológico académico”, este conocimiento popular debe ser tomado en cuenta para la atención comprensiva de la enfermedad que ayude a forjar una epidemiología sintáctica o Eudemiología, para que a su vez se constituye en uno de los pilares de una Salud poblacional más justa.

Indice

1. Las representaciones sociales de la hipertensión arterial en los habitantes de la colonia Fábrica de Atemajac	4
1.1. Mi caso a manera de introducción	4
1.2. La hipertensión arterial esencial como problema de salud pública	8
1.3. Cronología epidemiológica de la hipertensión arterial	9
1.4. Aspectos epidemiológicos de la hipertensión arterial en nuestro medio	13
1.5. Panorama epidemiológico actual en el estado de Jalisco	18
2. La colonia Fábrica de Atemajac	31
2.1. Antecedentes históricos	31
2.2. Algunas expresiones culturales de los obreros	43
2.3. Cien años de crecimiento espacial de la colonia	46
2.4. Breve descripción de la zona física actual de la colonia Fábrica de Atemajac	48
2.5. Algunos resultados de nuestro estudio preliminar en obreros textiles	50
2.6. Vida cotidiana actual en la colonia Fábrica de Atemajac	55
2.7. La salud en la colonia	58
Adendum	66
3. Marco teórico metodológico	89
3.1. Introducción	89
3.2. El enfoque médico epidemiológico	94
3.3. Enfoque psicosocial	102
3.4. El enfoque sociocultural	115
3.5. La intersección médico-social y cultural	120
3.6. Otras direcciones conceptuales	125
3.7. Sociología médica	127
Adendum	142
4. Método de trabajo	155
4.1. Definición de método	155
4.2. Temática y ejes	157



4.3. La muestra	161
4.4. Instrumentos y técnicas para la captación de la información	165
4.5. Métodos y técnicas de análisis	174
4.6. Problemas enfrentados	190
4.7. Presentación de los resultados	192
5. Resultados	203
Parte I	204
5.1. Grupo de 15 a 29 años	204
5.2. Análisis de causas de la hipertensión arterial	205
5.3. Grupo de 30 a 49 años	219
5.4. Análisis de causas de la hipertensión arterial	219
5.5. Grupo de 50 y más años	235
5.6. Análisis de causas de la hipertensión arterial	235
5.7. Comentarios y conclusiones	247
Parte II	293
Aplicación de las técnicas de antropología cognitiva	293
5.8. Antecedentes	293
5.9. Aspectos relacionados con la colección de los datos	295
5.10. Resultado del sorteo de montones	298
5.11. Análisis de correlación matricial	312
5.12. Configuración en las gráficas de escalas multidimensionales	314
6. Conclusiones y consideraciones finales	368

1. LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS HABITANTES DE LA COLONIA FÁBRICA DE ATEMAJAC

1. 1. MI CASO A MANERA DE INTRODUCCIÓN

Las generaciones de maestros en Salud Pública que se formaron a partir de la crisis de la década de los setenta, se han enfrentado a la disyuntiva de incorporar o no a su práctica --en la operación de los servicios sanitarios, la docencia o la investigación universitarias-- elementos interdisciplinarios que den cuenta de la compleja realidad de salud en la cual, como docentes, nos movemos para desarrollar acciones en beneficio de la población; sin embargo, tanto la formación como el contexto institucional donde laboramos nos exigen cada vez más trabajo reflexivo y soluciones pragmáticas a una problemática que crece y cambia de manera desmedida.

Demandas y carencias convierten a los maestros y su contexto en un cerco limitado y limitante para su propio desarrollo, lo que ocasiona una especie de círculo vicioso difícil de romper, ya que de ese mundo de vida conformado por socialización en la familia, la escuela y el trabajo se construye y refuerza el marco rígido y esterilizante del racionalismo empírico (Rojas, 1981; De Almeida, 1992) prevaleciente en un medio sanitario medicalizado y medicalizante, que hace difícil alcanzar otros horizontes, más allá de esa realidad socialmente estructurada.

Matices más, o menos, como mi caso, dentro de la salud pública mexicana, en donde muchos sanitaristas influenciados por el saber y la práctica hegemónicos (Nájera, 1992) dedican su esfuerzo a lograr los "mitos motores" (García de Alba y Salcedo, 1992) del cambio en salud, de la justicia sanitaria, de la salud para el año 2000.

Se busca un cambio, sin modificar nuestra lógica de pensamiento, y sucede así porque no se nos inculcó, en lugar de enseñarnos a tomar distancia de la disciplina para verla con ojos más críticos, se ha creído que debíamos empaparnos en ella, vivirla cual dogma de fe, como la verdad que detentan los Alonsos Quijanos que nunca se atrevieron a incursionar más allá de un lugar de La Mancha de su contemporánea modernidad, y renunciaron a ser Quijotes en la aventura del conocimiento.

Esta tesis pretende incursionar en terrenos difíciles y se apuesta a la interdisciplinariedad al tomar distancia de la disciplina original --la salud pública tradicional--, para volver a ella mediante la construcción de un puente teórico-metodológico entre lo social y lo biológico, más precisamente: tejiendo una red con dos arañas: la epidemiología y la antropología; por supuesto que no sólo como una complementariedad disciplinar, sino como un esfuerzo en la concepción y estructuración del nuevo campo disciplinar tan buscado por los antropólogos médicos como por los epidemiólogos con orientación sociocultural.

El nuevo campo disciplinar idealmente tiene como propósito la integración armónica y holística de los mecanismos comprensivo y explicativo de ambas disciplinas, así como de sus enfoques cualitativo y cuantitativo; surge como respuesta sintáctica a las limitaciones y críticas a la antropología médica y a la epidemiología, concebidas como estudios unidisciplinares de la salud poblacional.

Sobre la base de estas ideas se orientan los resultados de mi práctica, en pro de la construcción de una nueva salud pública, si se le puede denominar de ese modo.

El camino recorrido para coadyuvar en el campo disciplinar, en mi caso, ha sido largo. Se inició con mi formación como médico, imbuido en una racionalidad tecnológica de la enfermedad, que responde al paradigma objetivista iniciado por Morgagni, Laeneec, Virchow y Bernard (Martínez Cortez, 1987 y 1990).

Mis esfuerzos dentro de la clínica y específicamente en el control de las enfermedades crónicas me plantearon la necesidad de superar el paradigma curativo, dirigir la mirada hacia la prevención como una solución de fondo, y

enfocar el problema del control de la enfermedad con base en los supuestos de que a) los enfermos mexicanos requerían un mismo número de médicos para lograr un adecuado manejo médico, y b) es mejor prevenir que lamentar.

Posteriormente, en mi formación como epidemiólogo, a través de lecturas de autores como Leavell y Clarck (1958), Mac Mahon, Ipsen y Pugh (1969), Hanlon (1973), Sartwell, Maxcy, Rosenau (1973), Fox (1975), Hilleboe y Larimore (1966), Taylor y Knowelden (1958), Armijo (1964), Le Riche y Milner (1971), Paul (1964), Kleimbaum, Kupper y Morgeinstein (1982) y Rothman (1976), me empapé en el paradigma sanitario preventivista positivo desde un enfoque cuantitativo, para medir eficientemente la patología poblacional; sin embargo, merced a la influencia de Martínez (1990), Terris (1980), Laurell y Blanco (1975), Mercer (1980), Navarro (1978) y Escudero (1981), surgieron una serie de cuestionamientos y contradicciones:

a) La salud la medimos indirectamente mediante las tasas de enfermedad y muerte.

b) La prevención es importante en el discurso, pero no en la práctica, es decir, su importancia no se ve reflejada en el presupuesto.

La normalidad, los factores de riesgo, la estadística inferencial, no logran darme explicaciones satisfactorias del porqué del porqué. La epidemiología clásica, al igual que la biomedicina, me describían la causalidad de los fenómenos, pero no me daban elementos suficientes para comprender sus procesos, y es quizá porque aún no he sabido relativizar debidamente el paradigma de la explicación causal, el cual interioricé con mi formación médica. Mi búsqueda continúa, con cierta distancia del paradigma explicativo y siguiendo el rumbo marcado por mi incursión en el campo de la antropología.

Desde un inicio observé que esta nueva perspectiva antropológica e interdisciplinaria complementaba y rectificaba la visión positiva (Friedman, 1974) heredada, y planteaba retos importantes de orden teórico-metodológico, sobre todo para mí, inmerso en la cuantificación para explicar causalmente la salud y enfermedad como fenómeno. El planteamiento cualitativo me ofreció un vasto y

promisorio panorama, la aventura empezaba y elegí como compañera de viaje “la hipertensión arterial esencial”, síndrome que hasta hoy he estudiado desde el punto de vista clínico y epidemiológico, es decir, por medio de explicaciones causales.

La decisión se debió a la idea motora de construir puentes entre lo biológico y lo social, y qué mejor oportunidad de edificar tomando como modelo la hipertensión arterial, un padecimiento que de manera conservadora expresa lo biológico en forma de una herencia de especie (como las cifras de presión arterial “normal”) y lo social, como género humano, a través de la “alteración” de esas constantes fisiológicas.

La hipertensión arterial esencial, enfermedad de cuño médico --cuya etiología aún es incierta--, presenta características que vuelven interesante su estudio: si bien es cierto que constituye una enfermedad determinada desde antes de la concepción del sujeto y por ello presenta un carácter familiar, también lo es el hecho de que no se manifiesta como afección, generalmente, hasta pasada la cuarta década, por ello se le considera un padecimiento crónico propio de los adultos, con variadas repercusiones en el organismo humano, ya que afecta de manera importante órganos como el corazón, el cerebro, la retina y los riñones, además de asociarse a enfermedades como la diabetes y la hiperlipidemia.

Estas y otras características hacen de la hipertensión arterial esencial una enfermedad prototipo y de su conocimiento integral dependerá no sólo su manejo con ventaja para el paciente, sino también el avance en el manejo médico sanitario de otras enfermedades crónicas y degenerativas. Ni qué decir entonces de las ventajas para aquellos grupos poblacionales mayoritarios y, por ende, más necesitados de una atención médica sanitaria “comprensiva” a través de programas efectivos de gran calidez y calidad humana que trasciendan lo técnico.

Esta nueva perspectiva de abordar la hipertensión arterial, con la posibilidad de integrar teoría y métodos de las ciencias sociales a la salud pública, ofrece la oportunidad de aportar conocimiento sólido y útil en la

integración y desarrollo de esa nueva interdisciplina de la salud pública que algunos han llamado epidemiología, etnodemiología, epidemiología sociocultural o eudemiología (García de Alba, 1996).

1.2 LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La hipertensión arterial desde la antigüedad ha sido considerada un padecimiento causante de problemas graves de salud a nivel individual, manifestados como hemorragias, apoplejía, etcétera, y conforme evolucionó la ciencia médica, este padecimiento adquirió carácter de enfermedad clínica, merced a los descubrimientos de Harvey (Izquierdo, 1965) y de Haller, quienes fincaron las bases de su medición, la cual hoy se logra en la práctica de manera rutinaria gracias al esfignomanómetro del siglo pasado y a considerar la presión arterial sanguínea no como un concepto vago, sino como un dato de acceso universal. Ambos, esfignomanómetro y presión arterial sanguínea como dato de acceso universal, hicieron factible la entrada de la hipertensión arterial a los estudios de ciencia positiva.

Sin embargo, a pesar de la posibilidad de medirse, es decir, de hacer público un dato, el fenómeno permanece oscuro en lo que respecta a sus causas, de ahí su carácter de "esencial"; merced a estudios acuciosos, se han podido identificar las causas de algunas variedades, pero desafortunadamente sólo en la minoría de los casos, ya que en la mayoría (entre 90 y 95%) no ha sido posible.

Cabe señalar que el principal logro de la medición es el establecimiento de parámetros y que, sin ser casual, se ha ligado a algunos de los objetivos del paradigma médico hegemónico: el diagnosticar y controlar la enfermedad, dentro de un contexto de economía de consumo a escala comercial. En relación con este

logro, las investigaciones en epidemiología dieron margen para establecer las cifras de normalidad y anormalidad para la presión arterial de la población humana; con respecto a la primera, la cifra es de 120/80 milímetros de mercurio, para sus dimensiones sistólica y diastólica; para la segunda, la cifra es superior o igual a 140/90 mm de Hg; datos que hoy son avalados por la máxima institución de salud del mundo: la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1959).

1.3. CRONOLOGÍA EPIDEMIOLÓGICA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Para 1945, al finalizar la segunda guerra mundial, los países denominados “desarrollados” observaron con gran preocupación que el perfil de la mortalidad estaba modificándose y que el creciente número de defunciones por enfermedades cardiovasculares se manifestaba como una seria amenaza. Esta situación originalmente fue percibida por los médicos clínicos, quienes en su práctica diaria enfrentaban estos fallecimientos de desenlace dramático y súbito en pacientes con cifras de presión arterial altas.

Al efecto, dos médicos norteamericanos, Goldring y Chasis (citados por Caamaño, 1993), analizaron epidemiológicamente los datos referentes a las defunciones de este tipo de pacientes y descubrieron la hipertensión arterial no tratada, que presentaba una serie de complicaciones cuyo fin era mortal y que, además, se registraban con el nombre de diferentes afecciones que conformaban la creciente mortalidad, al señalarlas como principales motivos de defunción en el grupo de las enfermedades cardiovasculares (cuadro 1).

Cuadro 1

CAUSAS DE MUERTE EN LOS CASOS DE HIPERTENSOS SIN TRATAMIENTO

Causa registrada	Porcentaje
------------------	------------

Ataque cardíaco	54
Accidente cerebrovascular	13
Infarto miocárdico e insuficiencia renal	9
Otras	11

Fuente: Goldring y Chasis, 1945, citados en Caamaño, 1993.

El conocimiento sistematizado mediante el criterio clínico epidemiológico, además de precisar la representación técnica de la hipertensión arterial como una seria enfermedad, llamó poderosamente la atención de los servicios de salud por su clasificación como fenómeno grupal o poblacional, gracias a los estudios realizados por los ingleses, quienes destacaron la característica esencial y familiar de la hipertensión arterial (Pickering, 1967), así como su correlación negativa entre cifras altas y reducción de expectativa de vida (Pickering, 1967).

Cuadro 2

EXPECTATIVA DE VIDA EN INDIVIDUOS CON DIFERENTES NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL

Nivel/edad	A los 35 años	A los 45 años	A los 55 años
120/85 mm de Hg	le restan 42 años	le restan 32 años	le restan 24 años
130/90 mm de Hg	le restan 38 años	le restan 29 años	le restan 23 años
140/95 mm de Hg	le restan 33 años	le restan 26 años	le restan 20 años
150/100 mm de Hg	le restan 25 años	le restan 21 años	le restan 18 años

Fuente: Pickering, 1968.

La clínica y la epidemiología habían clasificado la hipertensión arterial entre los problemas de orden individual y grupal, se le señalaba como un problema de salud pública que afectaba el bienestar y la existencia del hombre; a partir de entonces, la carrera por explicar su causalidad ha sido una de las metas de la biomedicina y la epidemiología moderna. Sin embargo, en la actualidad se le considera

un problema multifactorial común, de causa desconocida, en parte determinado genéticamente, donde al menos diez genes han sido involucrados como modificadores de la presión arterial humana, la mayoría de ellos pertenecen a raras mutaciones que producen incremento o baja de presión arterial; dichas mutaciones alteran la presión sanguínea a través de un camino común, cambiando sal y agua a nivel celular en riñón (Lifton, 1996).

Pero la dimensión de la enfermedad va más allá de los aspectos biológicos y moleculares, y ésta no es la excepción, ya que se inserta, incide, transforma y se transforma en sociedad, aspecto que ha sido subrayado por Virchow desde el siglo pasado y por los precursores de la antropología médica en el inicio del aún presente siglo XX. En los sesenta, en Sudáfrica, se pone de manifiesto el carácter sociocultural del padecimiento, al estudiarlo mediante la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos (el método epidemiológico y el etnográfico), y poder así explicar y comprender algunos porqués de la importancia del contexto sociocultural en la génesis de la hipertensión arterial; con estos efectos se contrastó e interpretó la frecuencia de la enfermedad en dos grupos de una misma etnia, en ambientes socioculturales diferentes (Scotch, 1963) (cuadro 3).

Cuadro 3

NIVELES DE PROBABILIDAD EN VARIABLES RELACIONADAS
CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS ZULÚES

Variables	Área rural	Área urbana
Incremento de la edad	0.05	0.05
Sexo	0.05	0.05
Obesidad	0.05	0.05 *
Viudez/separación A.	0.05	0.01
Objeto de brujería	n.s	0.02**
Menopausia	0.001	n.s
Número de bebés	n.s	0.05
Miembro de iglesia crist.	n.p	0.10*
Familia extensa	n.p	0.05
Bajo ingreso esposo**	n.p	0.05
Años residencia urbana	n.p	0.02

No hubo relación con educación, lugar de nacimiento, habla inglesa y preferencia urbana/rural.

* = sólo hombres.

** = sólo mujeres.

n.s. = estadísticamente no significativo.

n.p. = no se preguntó.

Fuente: Scotch, 1963.

Actualmente, estudios clínicos, epidemiológicos y socioculturales han dado cuenta de aspectos más finos del proceso salud-enfermedad-atención denominado hipertensión arterial, de tal manera que a ésta ahora se le considera unánimemente un "problema de salud mundial" (OPS, 1984), cuya prevalencia se estima entre 10 y 15% de la población general, es decir, de doscientos a trescientos millones de personas.

Cabe señalar que si bien se ha avanzado en el conocimiento clínico y epidemiológico de la presión arterial, este logro ha sido un correlato de la práctica

médica hegemónica y de la industria farmacéutica y, en términos de biologización creciente, se ha concebido a los pacientes como sujetos ahistóricos, deshumanizados y descontextualizados de su realidad social ; en el caso de la epidemiología tradicional, la perspectiva no difiere en mucho de la anterior, pues al paciente se le representa como un sujeto social pasivo e indefinido por el proceso de sumación, transformado en un objeto o un número al ser referido o analizado a través de una tasa o un factor de riesgo, y va perdiendo su individualidad y diversidad sociocultural cuando por estos mecanismos se le “normaliza”.

Por otra parte, los esfuerzos realizados por la epidemiología social hablan de un sujeto víctima de las determinaciones socioeconómicas de un sistema favorecedor de la desigualdad, lo que le resta la posibilidad de incidir, de crear una cultura de la salud-enfermedad-atención como una estrategia vital. En otras palabras, es el sistema social el que determina un perfil epidemiológico de clase, pero, simultáneamente, son los grupos sociales los que crean una epidemiología popular que actúa como estrategia de acción e incide en las prácticas sociales propias e institucionales.

1.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN NUESTRO MEDIO

Las enfermedades cardiovasculares (la hipertensión arterial está involucrada en más de 80 % de los casos de defunción) se sitúan desde hace

más de una década en el primer lugar como grupo de causas de defunción, tanto en México como en Jalisco.

Cuadro 4

DEFUNCIONES POR PRINCIPALES GRUPOS DE CAUSAS

JALISCO, 1979

Lugar	Grupo de causas	Número	Tasa	%
1	Enf. del aparato circulatorio	5 203	11.8	18
2	Enf. infecc. y parasitarias	3 528	8.0	12
3	Enf. del aparato respiratorio	3 472	7.9	12
4	Accidentes, envenenamientos y viol.	3 354	7.6	11
5	El resto	12 720	28.8	45
Total		28 277	64.1	10

Tasa por 10 000 habitantes.

Fuente: Oficina del Registro Civil del Estado de Jalisco.

Cuadro 5

DEFUNCIONES POR PRINCIPALES GRUPOS DE CAUSAS

JALISCO, 1990

Lugar	Grupo de causas	Número	Tasa	%
1	Enf. del aparato circulatorio	6 355	11.9	21
2	Accidentes, envenenamientos y viol.	3 877	7.3	13
3	Enf. del aparato respiratorio	1 556	2.9	

4	Enf. infecc. y parasitarias	920	1.7	3
5	El resto	17 296	32.6	57
Total		30 004	56.5	10

Tasa por 10 000 habitantes.

Fuente: Oficina del Registro Civil del Estado de Jalisco.

Como se puede observar, en las enfermedades cardiovasculares la tendencia es al incremento tanto en cifras absolutas como relativas, y se prevé que de prevalecer los factores que la determinan, continuará hasta entrado el siglo XXI (consúltese gráfica).

Lo anterior se basa en que la hipertensión arterial afecta mayormente las poblaciones urbano-industriales.

Cuadro 6

CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL SEGÚN TIPO DE POBLACIÓN JALISCO

	P. urbana	P. urbana	P. rural	P. rural	Significa.	Significa.
Edad	Diastólica	Sistólica	Diastólica	Sistólica	Diastólica	Sistólica
15 - 44	81.62	120.72	80.67	119.26	< 0.05	<0.05
45 - 64	88.01	137.38	84.96	126.24	<0.01	<0.01
65 y más	92.74	149.86	82.29	133.90	<0.01	<0.01
Total	87.42	134.98	82.77	123.20	<0.01	<0.01

Fuente: García de Alba , 1977

En cuanto a las características de las personas, es un padecimiento que se manifiesta desde etapas tempranas de la vida, aunque su principal incidencia se presenta en la edad productiva.

Cuadro 7
PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN NIÑOS
GUADALAJARA

Edad	Sistólica (%)	Diastólica (%)	Sistodiastólica
6		1	
7	2		
8	3	1	0.2
9	2	1	0.3
10	2	0.5	
11	2	2	0.5
12	2	1	
13	3	2	
14	2	2	

Fuente: Cobos *et al.* ,1983.

Cuadro 8
PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN EN OBREROS
GUADALAJARA

Edad	Sistólica (%)	Diastólica (%)	Sistodiastólica (%)
15-19	2.7	12.0	6.1

20-29	2.4	15.5	7.8
30-39	2.6	18.9	12.3
40-49	4.1	18.3	18.5
50 a más	6.1	16.9	25.2

Fuente: García de Alba, 1990.

Respecto al sexo, la mujer padece más hipertensión arterial que el hombre en proporción de 3 a 2, y se acentúa en la edad senil hasta 4 a 1 (Chávez, 1978).

Los daños a la salud han sido cuantificados a través del impacto de la mortalidad en términos de años potenciales de vida perdidos, como se puede observar en el cuadro 9.

Cuadro 9

IMPACTO DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
JALISCO, 1990

Causa	Edad de defunción	A.P.V.P. persona	Total de A.P.V.P.
Enfermedad del corazón	64	6	1 254
Enfermedad cerebrovascular	51	19	3 082

Fuente: Departamento de Planeación de la Secretaría de Salud, Jalisco.

1.5. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO ACTUAL EN EL ESTADO DE JALISCO

En Jalisco, 10% de la población general padecen algún grado o forma de hipertensión arterial, es decir, más de 500 000 jaliscienses están afectados; sin embargo, los registros institucionales del sector salud que engloban aproximadamente a 85% de la población del estado, reportaron para julio de 1993 sólo 17 627 enfermos, cifra muy por debajo de la prevalencia estimada (cuadro 10).

Cuadro 10

CASOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN INSTITUCIÓN JALISCO, JULIO, 1993

Casos	IMSS	ISSSTE	SSA	Total
Registrados (1)	11 474	2 135	4 018	17 627
Estimados	323 995	25 621	195 650	545 299
% de cobertura	3.5	8.3	2.0	3.2

1. Departamento de Planeación de la Secretaría de Salud de Jalisco.

La situación anterior se vuelve crítica si, al mirarla diacrónicamente, se interpreta en términos de deserción del tratamiento durante el primer año, que alcanza hasta 70%, y con base en la calidad de la atención (control de tratamiento) en función de las cifras tensionales controladas dentro de las normales de la OMS: 120/80 mm de Hg.

Cuadro 11

CONDICIÓN DE LOS CASOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DETECTADOS EN EL HOSPITAL
DEL FERROCARRIL DEL PACÍFICO. VARIABLE SEXO, 1974

Condición	Tasa	% mujeres	
		% hombres	
No diagnosticados previamente	25	33	67
Diagnosticados previamente, con tratamiento y sin controlar	6	59	41
Diagnosticados previamente sin tratamiento	12	50	50
Diagnosticados previamente en tratamiento y en control	7	78	22

Fuente: Parra, 1980.

Cuadro 12

CONTROL DE 100 HIPERTENSOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL NUEVO HOSPITAL DE
GUADALAJARA, 1993

Hipertensos	%
<i>En la clínica de hipertensión</i>	
Con tratamiento discontinuo	3
Sin tratamiento	5
Con tratamiento adecuado	6
<i>En otros servicios</i>	
Detectados con s Y s sugestivos	18
Atendidos por otro motivo	69

Fuente: Encuesta directa.

Otro aspecto importante es la detección: por cada hipertenso conocido se detectan tres desconocidos, como en el caso de los obreros textiles.

Cuadro 13
PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN OBREROS TEXTILES
GUADALAJARA, 1993

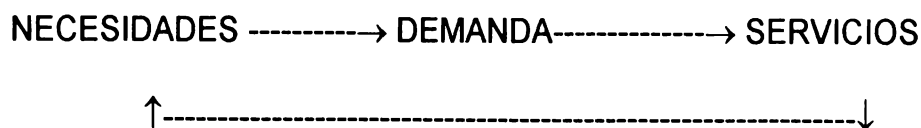
Casos conocidos	7%
Casos detectados	20%
No casos	73%

Fuente: García de Alba, 1992.

Los cuadros anteriores revelan que nos encontramos ante un severo problema de salud-enfermedad-atención, con ciertas características que se comparten con otras enfermedades crónicas, como la diabetes, la gota, el dolor bajo de espalda, la artritis, entre otras, en lo concerniente a su impacto negativo en la edad productiva, alta prevalencia y ubicación como causa de mortalidad.

La necesidad de efectuar su detección temprana, desarrollo insidioso y características, hacen de ella un problema de múltiples dimensiones y profundos alcances, cuya solución involucra complejos sistemas que trascienden la misma enfermedad, aunque hay que añadir que la respuesta social organizada hacia la

enfermedad se ha realizado, desde el punto de vista técnico, basando la estrategia epidemiológica en un modelo lineal (Morris,1975):



En este mismo tenor de racionalidad tecnológica, la información y las acciones sobre las necesidades de salud de la población, aunque se reconocen cambiantes, parten de un diagnóstico de salud comunitaria y no de uno comunitario de salud ; es decir, son los profesionales de la salud quienes realizan dicho diagnóstico y definen técnicamente a su vez la anormalidad o normalidad en la salud (Canguilhem, 1978).

Este proceso de racionalización se fundamenta, desarrolla y aplica desde la lógica del prestador de servicios, donde la problemática de salud poblacional es considerada como la sumatoria de los eventos individuales de salud-enfermedad registrados a partir de los servicios de salud ofrecidos; de esta manera, las necesidades se transforman en demanda solamente cuando la ayuda es proporcionada en forma de servicios. De aquí que la noción de necesidades y demanda sea elástica, como es el caso de la hipertensión arterial en nuestro estado, donde, a pesar de que existe una gran variedad de servicios públicos de atención a la salud, la demanda es parcialmente cubierta en función de la prevalencia real de la enfermedad.

Desde la década pasada, la trascendencia del problema es reconocida por el IMSS, el mayor prestador de servicios médicos del país, en cuyo programa de control de la hipertensión arterial señala que las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar como causa de muerte entre la población derechohabiente (IMSS, 1984); un dato relevante es que la hipertensión arterial ocupa el tercer lugar como motivo específico registrado de defunción y es precedida por la

enfermedad isquémica del corazón y la cerebrovascular, ambas influenciadas por la hipertensión arterial en 80%.

En el mismo programa se señala que 27.5% de los derechohabientes que padecen hipertensión desconocen su padecimiento; de 72.5 que sí lo conocían, sólo 40% estaban en tratamiento; de éstos, 48% tenían un tratamiento adecuado. Para solucionar este problema se propone:

1. Disminuir los factores de riesgo en la población derechohabiente.
2. Detectar casos.
3. Tratar adecuadamente los casos.

Se puede inferir que la visión y lógica de las instituciones de salud definen la hipertensión arterial como un problema de salud pública; si bien los programas de intervención han demostrado su bondad al mejorar los niveles de control de la enfermedad hasta en 80% (García de Alba, 1992), el servicio se ve limitado por razones atribuibles tanto a la institución como a los usuarios: reducir la problemática de atención de la hipertensión arterial, la no utilización, la utilización inadecuada, el enfoque meramente curativo y no preventivo, etcétera. Pero lo que nunca se considera, y quizá lo más grave, es la participación totalmente limitada de la población para contribuir a determinar sus necesidades, su priorización (Tejada de Rivero, 1992), su manera de atenderlas. Al no tomar en cuenta la visión y lógica poblacional en la estructuración de los programas de atención, la problemática se circunscribe a una representación técnica de la enfermedad y no a una representación social, lo que genera que las bases de la planeación y, por ende, el desarrollo de los programas de atención sean limitados y autolimitantes; ello provoca una incompreensión del proceso salud-enfermedad-atención desde el enfermo o del usuario de los servicios, específicamente en los aspectos subjetivos referentes a la enfermedad como malestar, como significado, producto de su historia y conocimiento.

De acuerdo con lo anterior, la hipertensión arterial se concibe como un problema sociocultural, pero su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad se

visualizan únicamente en la dimensión biomédica, porque lo que importa es su explicación causal y no la comprensión del proceso salud- enfermedad-atención.

Al ir más allá de la perspectiva biomédica y perfilar la hipertensión arterial como un problema sociocultural, la concepción sobre el sujeto-paciente y su situación también cambia: si bien las determinantes socioeconómicas son definitivas en el desarrollo de la enfermedad e influyen en los grupos sociales, los sujetos y en la misma enfermedad, también es cierto que el aspecto cultural los traspasa al otorgarle un carácter de significado particular dentro de la variabilidad cultural, ya que las creencias dan forma a la enfermedad como una urdimbre social; por eso se deriva la necesidad de conocer los significados de la enfermedad, los cuales están profundamente enraizados como un conjunto de conceptos en torno a la enfermedad y al cuerpo humano, conformando una pauta coherente de explicaciones, que en el caso de la hipertensión arterial nos exige considerar los mecanismos y procesos con los cuales los grupos sociales construyen esos conceptos, creencias y significados.

Esos significados, conceptos y creencias, núcleo central de las representaciones sociales, necesariamente deben tomarse en cuenta tanto para brindar servicios de salud eficaces, elaborar programas comprensivos en hipertensión arterial, como para caminar hacia el logro del mito motor del sanitarismo: la justicia sanitaria, entendida como la justicia social aplicada a la salud poblacional.

Si queremos entonces incidir no tan sólo en la enfermedad, en este caso en la hipertensión arterial, y en los enfermos, debemos incurrir en los grupos poblacionales afectados cuyos dominios culturales representen mayoría. Sin duda, uno de los más extensos y afectados, en Jalisco y en el país, es el grupo urbano de obreros y empleados, quienes también constituyen los que mayormente demandan atención por problemas relacionados directa o indirectamente con la hipertensión arterial, como expresión biopsicosociocultural del contexto donde interactúan.

En este nuevo orden de ideas, nos formulamos las siguientes preguntas, a los cuales daremos respuesta en la presente investigación: ¿cuáles son los principales conceptos, creencias y significados de la hipertensión arterial en un grupo poblacional urbano? ¿Cuál es la estructura de esas representaciones sociales de hipertensión arterial? ¿Cuál es la lógica de la estructuración de esos conceptos, creencias y significados?

Estas preguntas implican objetivar lo subjetivo, definir conceptos, ideas y significados, la lógica de su construcción y poner de manifiesto el andamiaje cognitivo de las representaciones sociales de la hipertensión arterial en un grupo social definido.

Para proponer la utilidad de este conocimiento se requiere evidenciar lo que parece obvio, identificar la estructura y las categorías implícitas que elaboran las personas “comunes y corrientes” en su vida cotidiana para dar cuenta de su realidad en salud, expresada ésta como la representación social de una enfermedad, de cuño médico pero de afectación popular, en una cultura y sociedad definidas por un presente que en nuestro medio se niega a ser futuro. En otras palabras, buscar la respuesta a las preguntas mencionadas implica analizar la relación individuo-sociedad a partir del individuo inmerso en la dinámica sociocultural de construir su realidad social de salud expresándola en sus dimensiones como padecimiento, signo y enfermedad.

No olvidemos que nuestro sujeto, como individuo social, al elaborar las representaciones de la hipertensión arterial requiere un tiempo y espacios definidos en el contexto socioeconómico en que se desarrolla él y, por esta razón, acotaremos las respuestas de nuestras preguntas, a las que nos otorguen los habitantes de la colonia Fábrica de Atemajac, cuyo telón de fondo histórico es fundamental para estos sujetos, al dar sentido a su identidad y “desidentidad” como obreros y empleados de una de las factorías más antiguas de Guadalajara. Tomaremos tres grupos de edad de diferentes generaciones, como miembros ocupantes de un espacio que integran, acomodan, o resisten a través de su

tiempo, representaciones cambiantes de la hipertensión arterial que pretendemos averiguar mediante el presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Armijo, R. (1964) *Curso de epidemiología*. Santiago: Ediciones de la Universidad de Chile.

Caamaño, A. (1993) "Introducción". III Conferencia Internacional de Hipertensión Arterial, Acapulco, Guerrero, septiembre.

Canguilhem, G. (1978) *Lo normal y lo patológico*, 2a. ed. México: Siglo XXI, pp. 191-197.

Chávez, D. R. (1978) *Hipertensión arterial: consideraciones sobre su estado actual en México*. Archivos del Instituto de Cardiología, vol. 48, pp. 889-917.

Cobos, O. *et al.* "La presión arterial en escolares de Guadalajara", *Salud Pública de México*, vol. XV, núm. 2, pp. 173-183.

De Almeida-Filho, N. (1992) *Epidemiología sin números*, Serie Paltex núm. 28, Organización Panamericana de la Salud, pp. 87-102.

Escudero, J.C. (1981) "Sobre mentiras y estadísticas de salud en América Latina", *Revista Latinoamericana de Salud*, núm. 1, pp. 105-118.

Fox, J. P. , C. Hall y L. Evelback (1975) *Epidemiología: el hombre y la enfermedad*. México: La Prensa Médica Mexicana.

Friedman, G. (1974) *Premier of Epidemiology*. Nueva York: Mac Graw-Hill Book Company.

García de Alba, J. E. (1992) "La hipertensión arterial en obreros textiles", en E. Menéndez y J. E. García de Alba. *Prácticas populares, ideología médica y participación social*. México: Universidad de Guadalajara, pp. 109-117.

García de Alba, J. E. y cols. (1977) "La hipertensión arterial como problema de salud pública", *Salud Pública de México*, vol. XIX, núm. 3 pp. 365-373.

----- (1990) *Algunos aspectos de la presión arterial en trabajadores urbanos*. Archivos del Instituto de Cardiología, vol. 68, pp. 89-98.

García de Alba, J. E. y A. L. Salcedo Rocha (1992) "La transición epidemiológica o ¿hacia una justicia sanitaria sin opciones?", *Revista Universidad de Guadalajara*, otoño, pp 37-40.

----- (1996) "Algunas consideraciones sobre la epidemiología y la antropología, en *Las dimensiones de la salud en México*. Riverside, California.

Hanlon, J. J. (1973) *Principios de administración sanitaria*, 3a. ed. México: La Prensa Médica Mexicana.

Hilleboe, H. E. y G. W. Larimore (1966) *Medicina preventiva*, 2a. ed. México: Editorial Interamericana, S.A.

Instituto Mexicano del Seguro Social (1984) *Programa institucional de prevención y control de la hipertensión arterial*. México: Subdirección General Médica.

Izquierdo, J. J. (1965) "Introducción histórico crítica sobre los antecedentes, los orígenes y la importancia de esta obra" ,en W. Harvey. *Del movimiento del corazón y de la sangre en los animales*. Versión castellana y anotada, 2a. ed. México: UNAM, pp. 79-81.

Kleinbaum, D. G., L. L. Kupper y H. Morgeinstein (1982) *Epidemiology Research*. Belmont, California: Lifetime Leaving Publications.

Laurell, A. C. y J. Blanco (1975) "Morbilidad, medio ambiente y organización social", *Salud Pública de México*, vol. XVII, núm. 4, pp. 471-480.

Leavell, H. R. y E. G. Clark (1958-1965) *Preventive medicine for the Doctor in his Community*, 3a. ed. Nueva York: Mac Graw-Hill.

Le Riche, W. H. y J. Milner (1971) *Epidemiology as Medical Ecology*. Edinburgh y Londres: Churchill Livingstone.

Lifton, R. P. (1996) "Molecular Genetics of Human Blood Pressure Variation", en *Science*, vol. 272, mayo, pp. 676-680.

Mac Mahon, B., J. Ipsen y T. Pugh (1969) *Métodos epidemiológicos*, 1a. reim. México: La Prensa Médica Mexicana.

Martínez Cortez, F. (1987) *La medicina científica en México y el siglo XIX mexicano*. México: Fondo de Cultura Económica, pp. 151-154.

----- (1990) *Apuntes del Seminario de Antropología Médica*. México, D.F. : Facultad de Medicina, UNAM.

- Martínez, P. D. (1990) "La salud humana en México: perspectiva de cuatro décadas", en *Seminario de cultura mexicana*. México.
- Mercer, H. (1980) *Apuntes del curso de medicina social*. México: UAM-X, verano.
- Morris, J. D. (1975) *Uses of Epidemiology*, 3a. ed. Londres: Churchill Livingstone, pp. 262-264.
- Navarro, V. (1978) *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona, Grijalbo.
- Organización Panamericana de la Salud (1984). *La hipertensión arterial como problema de salud comunitario*. Serie Paltex núm. 3 Washington DC.
- Parra, C. J. Z. (1980) "Epidemiología de la hipertensión arterial en la población del Ferrocarril del Pacífico", *Nefrología Mexicana*, vol. I, núm. 1, pp. 43-49.
- Paul, J. R. (1964) "Clinical Epidemiology", *Rev. De. The University of Chicago Press*, Chicago-Londres.
- Pickering (1967) "The Inheritance of Arterial Pressure" , en R. Sthaler y T. Pullman. *The epidemiology of hypertension*. Nueva York: Grume and Straton.
- (1968) *High Blood Pressure*. Londres: Churchill Editors.
- Rojas, R. (1981) *El proceso de la investigación científica*. México: Trillas.
- Rothman, K. J. (1976) *Causes*, *american Journal of epidemiology*, núm. 112, pp. 587-592.

Sartwell, Maxcy y Rossennau (1973) *Preventive medicine and public Health*. Nueva York: Appleton Century Crofts.

Scotch (1963) "Sociocultural factors in the high blood pressure epidemiology in Zulú", *American Journal of Public Health*, vol. 53, pp. 1205-1213.

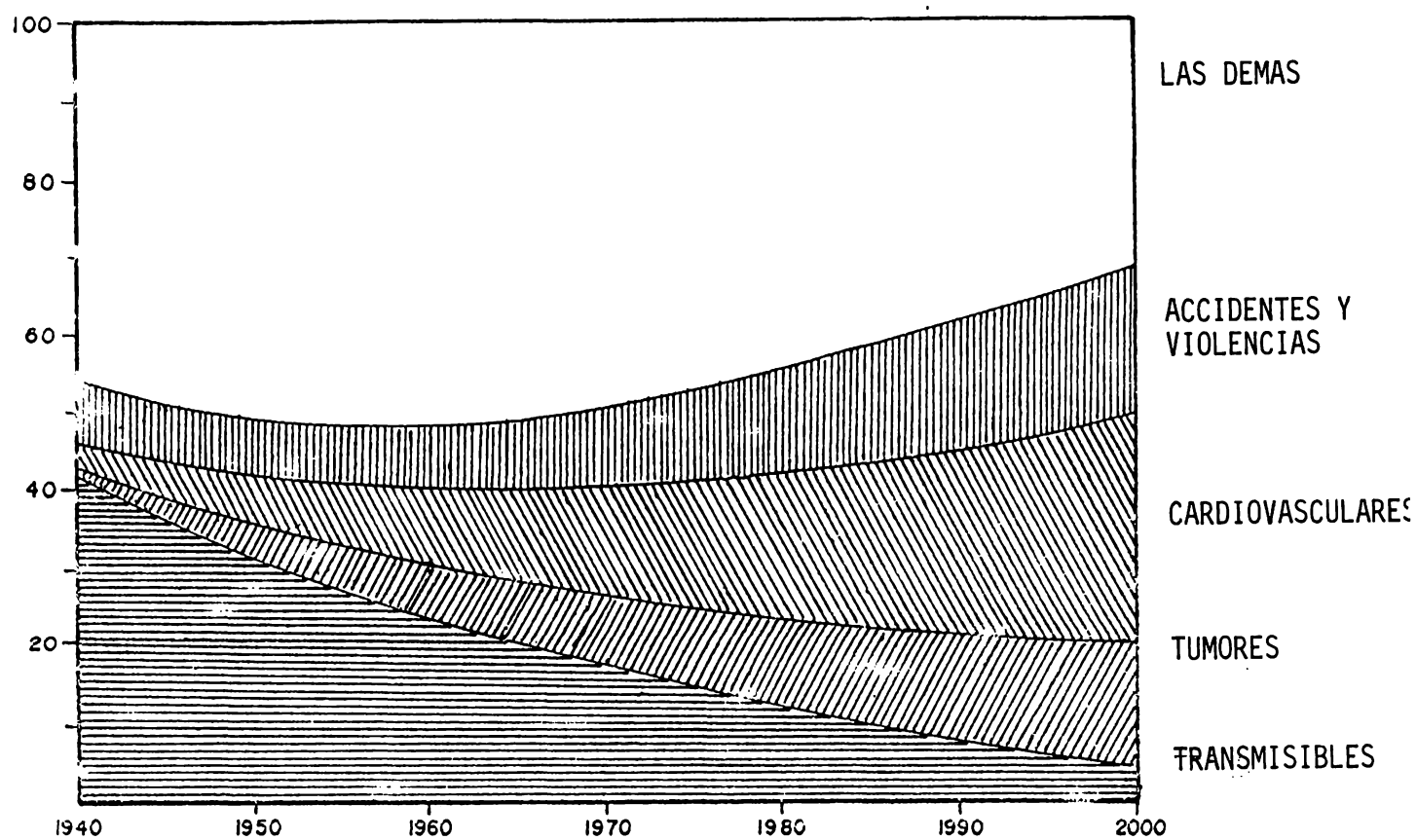
Taylor, Y. y J. Knowelden (1958) *Principles of Epidemiology*. Gran Bretaña: J & A Churchill Ltd.

Tejada de Rivero, D. (1992) "Salud y atención primaria en salud: una evaluación crítica", en *La crisis de la salud pública*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica, núm. 540, pp 173-183.

Terris, M. (1980) *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI.

WHO (1959) *Hypertension and coronary heart disease: classification and criteria for epidemiological studies*. Geneva: WHO Reports Series 168.

PORCENTAJE QUE REPRESENTAN LAS DEFUNCIONES
POR ALGUNOS CAPITULOS DE LA CLASIFICACION
INTERNACIONAL 1940-2000. JALISCO



FUENTE CERTIFICADOS DE DEFUNCION

2. LA COLONIA FÁBRICA DE ATEMAJAC

2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Orígenes

La industria textil jalisciense se remonta a la época colonial, en 1765, cuando los obrajes de Guadalajara y Lagos se unieron a los de Puebla, Querétaro y San Miguel el Grande, con los cuales los empresarios de nuestra región comparten una serie de valores, visiones y prácticas coloniales prevalecientes, útiles para este primer impulso; sin embargo, esta actitud de dependencia colonial fue en parte la responsable de que la industria nacional no pudiera romper ese modelo de esquema con la rapidez que ameritaba el desarrollo textilero en otras regiones del mundo. Y así la industria textil, a la que originalmente en la colonia se le había asignado el papel de productora de prendas para la población indígena y de recursos económicos escasos, mantuvo durante el siglo XIX tal característica, lo que la incapacitó económica y tecnológicamente para producir telas finas (Alva, 1986).

Para fines de esta investigación, nuestro punto de partida lo ubicamos en 1770, cuando don Manuel Puchal establece en Guadalajara una casa con algunos telares de algodón como los de Puebla, al no poder fundar una compañía industrial con varios socios. En ese tiempo había unos 300 talleres familiares en Guadalajara; poco después un grupo de "hombres ricos" instaló un obraje y fabricó un batán para paños y bayetas y otras piezas de lana. Esta fue la primera empresa industrial de la intendencia de Guadalajara. En 1780, el obispo Alcalde y otros miembros de la Real Audiencia intentaron, sin éxito, establecer una compañía de fábricas de tejidos de algodón y lana (Alva, 1986). Estos fueron los primeros ensayos por establecer la industria capitalista en nuestra región.

Si bien para Guadalajara la situación no estaba a punto, en el contexto nacional el panorama no era tan negativo, ya que, en 1802, la producción textil nacional se estimaba en 1 601 200 pesos; para 1810, la guerra de independencia resultó ser un estímulo especial que multiplicó los establecimientos de hilados y tejidos de algodón y lana; sin embargo, veinte años más tarde, producto de la guerra europea, la crisis agrícola, la independencia y la posterior inestabilidad política, el contrabando, favorecido por los grandes comerciantes, sobrevino una grave decadencia que propició el abandono masivo de la actividad. Este complejo proceso de factores internos y externos pospusieron la industrialización en Jalisco y perpetuaron la labor artesanal (Banda, 1873).

Ante esta grave situación, el Estado tuvo que poner en marcha diferentes estrategias para favorecer el establecimiento de las primeras grandes empresas textiles, las cuales fueron apoyadas por el gobierno estatal con la exención del pago de impuestos, durante sus inicios, y el trabajo de los presos para la construcción de las primeras grandes fábricas de hilados y tejidos del Valle de Atemajac.

Las primeras fábricas textiles

Una de las primeras empresas favorecidas por dicha política fue la de Eustaquio Barrón y William Forbes, quienes fundan en Tepic la primera industria textil del estado, en 1830: "Jauja". Para 1841, Andrés Castaños establece, también en el cantón de Tepic, otra fábrica: "Bellavista", que quiebra a mediados del siglo XIX (Meyer, 1981). Sin embargo, los primeros establecimientos fabriles ubicados en lo que actualmente es el estado de Jalisco, fueron "La Escoba" y "La Prosperidad", esta última objeto de nuestro interés.

La estrategia de desarrollo que se adoptó como una política permanente en nuestra región data de 1835, y tiene sus raíces en la concepción pragmática que a nivel nacional propalaban Alamán y Antuñano; así que el 1 de febrero de ese año, en el informe de gobierno del señor José Antonio Romero, éste se pronuncia por una

política proteccionista de la economía local y del fenómeno de la manufactura textil. Actitud aplaudida por los dueños de los talleres textiles de Guadalajara, quienes se veían seriamente afectados por el contrabando de telas y prendas extranjeras (Aldana, 1980).

La exención de impuestos fue algo notable, debido a que la política fiscal de la época era excesiva tanto a nivel nacional, estatal como local, gravando en forma importante las materias primas y mercaderías que ingresaban a Jalisco. Así, con el propósito de favorecer el desarrollo del capital (merced al cabildeo y presión de los grandes propietarios), el 28 de febrero de 1843 el gobierno central cedió a los departamentos (estados) el derecho de avería (impuesto destinado a cubrir averías en la mercancía transportada por mar) del puerto de San Blas, para aplicarse en la apertura de un nuevo camino de ese punto a Guadalajara (Alva, 1986).

El cantón de Guadalajara --donde se ubica el pueblo de Atemajac (uno de los primeros asentamientos colonizados por los conquistadores españoles)-- concentraba, para 1840, 17.53% de la población del estado, sólo superado por el de Lagos, que tenía 19.93%; cabe señalar que en aquel tiempo la población de Jalisco, y la del país en su conjunto, era predominantemente rural y agrícola. Desde el punto de vista agrícola, el entonces cantón de Guadalajara se ubicaba en un lugar intermedio entre los grandes productores: Lagos, La Barca y el precario cantón de Tepic (Alva, 1986).

“La Escoba”, primera fábrica textil en Guadalajara, fue fundada en 1841 por el inmigrante Manuel Olasagarre y dos socios (Prieto y Escandón); la producción de esta protoempresa era de 114 863 kg de manta gruesa y delgada, y 18 936 kg de cordón y pabilo (Aldana, 1979).

El inicio de la fábrica de Atemajac

Las consecuencias del impacto modernizante ejercido en el ámbito de la industria textil jalisciense puede ser delineado, durante el siglo XIX, a través de los efectos de las transformaciones económicas y tecnológicas originadas por la instalación de una fábrica de hilados y tejidos, cercana a la ciudad de Guadalajara, ubicada en la orilla

del pueblo y arroyo de Atemajac. La primera piedra fue puesta el 18 de octubre de 1841, como respuesta a las necesidades urbano-industriales de la región. Así se iniciaba la historia oficial de la fábrica.

La construcción de la fábrica de Atemajac empieza en 1841, bajo la dirección del ingeniero Charles B. Halbook, y el modelo de las plantas de las factorías inglesas de Manchester. La obra se termina en 1843, y de inmediato empieza su producción; se bautizó solemnemente con el nombre de "La Prosperidad Jalisciense", bajo el patrocinio de José Palomar y socios --Francisco Martínez Negrete, Nicolás Remus, V. Araujo, entre otros--, todos ellos de fuerte raigambre económico en Guadalajara (Murià, 1981). Inicialmente se trataba de una construcción de dos pisos, con capacidad hasta para 250 obreros. El modelo seguido para la organización social y el funcionamiento de la fábrica era el denominado "colonia industrial", que seguía al "reformista" de organización del trabajo y control laboral (Durand, 1986).

Estas colonias industriales formaban un conjunto urbano-industrial, donde la fábrica era el centro como fuente de trabajo; ahí mismo se construía la casa de los dueños, de los gerentes y los obreros; también una iglesia, la casa del sacerdote y una tienda de insumos. Esto es, toda la organización necesaria para mantener cautiva la población obrera. Si bien los costos de construcción de este modelo eran elevados, sus dueños lo aceptaban a cambio de las jugosas ganancias que esperaban obtener. Con este modelo de orden social privatizado, basado en el "orden y el progreso", se pensaba controlar "los males de la época": el alcoholismo, la prostitución y la ociosidad. En fin, la colonia era un mundo autosuficiente y durante cien años se mantuvo así.

El mercado de "La Prosperidad" se extendía hasta Michoacán, Guanajuato, Zacatecas y San Luis. Para 1870, ya con el nombre de "Palomar y Compañía", contaba con aproximadamente 300 obreros, 106 telares, 4 500 husos, 38 cardas, pabilones y cinco almidoneros; su fuente de energía se basaba en una turbina de 25 pulgadas de diámetro, que proporcionaba una fuerza de 78 caballos. Consumía 28 000 kg de algodón al año y su producción alcanzaba 320 000 libras de pabilo. En esa época se

señalaba que “esta fábrica contaba además con habitaciones para trabajadores” (Archivo Histórico de Jalisco).

Si bien la maquinaria y los técnicos que la manejaron originalmente fueron importados (en 1845, William B. Davis figuraba como superintendente y cardador, y John Logan, como tejedor y almidonador) (AIPEJ) (Hermoso, 1845), en *estricto sensu*, esta fábrica no puede ser considerada como una verdadera gran industria, debido a que funcionaba con base en el trabajo independiente de diversas máquinas y no como un proceso organizado.

Como las cosas marcharon bien, un año después de su fundación los mismos dueños fundaron en el Batán --muy cerca de Atemajac-- una fábrica de papel (para cigarrillos, envoltura y escribir), que se alimentaba con el desperdicio de algodón de la de Atemajac (Mares, s.f.).

Cabe señalar que ese éxito no se logró de manera aislada y fortuita: durante la época de la construcción de la fábrica, el 1 de enero de 1842, se habían constituido las juntas de fomento de comercio en Guadalajara y Tepic, siendo uno de sus logros la hechura y reparación de caminos que unieran a Guadalajara con otros centros de consumo en el estado. La junta de Guadalajara estuvo integrada por José Palomar (dueño de “La Prosperidad”), José Manuel Olasagarre (dueño de “La Escoba”), Lorenzo Rodríguez Castillo, Pedro Corro, Domingo Llamas, Simón F. del Llano, Pablo Navarrete y Urbano Tovar (Aldana, 1979).

Así, a lo largo del siglo XIX, el número de fábricas textiles en el entonces estado de Jalisco (que comprendía el cantón de Tepic) fue de cuatro: “Jauja”, “Bellavista”, “La Prosperidad” y “la Escoba”.

En estas industrias la producción de hilaza fue prioritaria, ya que su colocación comercial estaba asegurada, debido a los crecientes requerimientos de los reboceros (Murià, 1974) de Guadalajara, La Piedad y Guanajuato.

Es importante señalar y tomar en cuenta que a diferencia de las industrias coloniales, ninguna de las fábricas textiles jaliscienses de la época resultó del agrupamiento de algún taller o de la fusión de varios de ellos. Su presencia fue

producto de inversiones concertadas por miembros de la clase propietaria, enriquecidos en sus actividades comerciales o agropecuarias.

Para darnos una idea de la productividad de nuestra fábrica, "Bellavista" y "Jauja" tenían 61.03% de los husos del estado, la primera con 4 224 y la segunda con 3 744; seguía "La Prosperidad" con 2 976 y "La Escoba" con 2 112. Así, para 1844 las cuatro fábricas disponían de 12% de los husos del país. En ese mismo año la producción de las textileras del estado (el cual incluía el cantón de Tepic) representaba 10.7% de la manta nacional y 27.9% de la hilaza del país (Aldana, 1979).

En 1854, la fábrica contaba con 263 operarios, 90 telares, 3 600 husos, que consumían 211 715 kg de algodón, se pagaba menos de un peso diario a los obreros, y el edificio y la maquinaria estaban valuados en 450 000 pesos (Aldana, 1980). Este desarrollo se dio principalmente gracias a los capitalistas locales, y a la salida de los españoles, el declive de la minería y las costumbres, tan poco modernas en las áreas urbanas del país. Guadalajara sólo contaba, en 1844, con 116 extranjeros, la mayoría dedicados al comercio (Villa, 1988).

Por otro lado, la demanda de artículos textiles en la región, para 1850, hace que la parte patronal: Vicente Murguía, establezca una fábrica de rebozos de seda, que después diversifica su producción al confeccionar colchas de algodón y lana, tapetes, mantillas para caballos, alfombras, toallas y manteles. Y que el éxito de Olasagarre con "La Escoba" lo lleve a crear, en 1851, su segunda fábrica de hilados: "La Experiencia" (muy cerca de Atemajac) (Aldana, 1979).

Pero también el incipiente proletariado empieza a desarrollarse, en forma de movimiento sindical, basándose en las ideas de Proudhon y Fourier, muy populares entre los obreros de Guadalajara. Esto propició que en 1856 se creara la Sociedad de Artesanos de Guadalajara, y, en 1876, el Círculo de Obreros de Guadalajara.¹ Es

¹ A decir de los propietarios, esta sociedad de artesanos logró "alucinar" a una parte de los trabajadores de Guadalajara; el 17 de abril de 1850 cerca de 500 obreros de la fábrica de rebozos de seda de Tarell y Cía. se declararon en huelga en demanda de mejores salarios (esta huelga quizá fue la primera organizada sindicalmente en Jalisco y en el país).

Cabe señalar que esto fue todo un acontecimiento para la conciencia de los grupos sociales en Guadalajara, los desocupados la apoyaron al grito de "mueran los gringos y los ricos", "fuego al establecimiento", según comentaba el periódico *El Universal*, cuya editorial consignaba: "Es muy de

conveniente mencionar que en esas épocas los objetivos de estas organizaciones eran de cooperación mutua, más que sindicalistas.

Durante el imperio de 1857-1870, la industria textil soportó una de sus crisis más severa, y reinstalado el gobierno republicano, la situación se agravó por la bancarrota de los gobiernos federales y estatales, los que se vieron obligados a incrementar los impuestos, limitando así la producción. A pesar de ello, en 1866 se crea en El Salto la fábrica de hilados "Río Blanco", la cual diez años después es trasladada por sus dueños, los hermanos Lowere, a las inmediaciones de Zapopan.

En 1865 eran 865 los habitantes de la colonia, de los cuales 163 hombres y 172 mujeres (no se especifican edades) laboraban en la fábrica, con una producción anual de 43 000 piezas de manta; sin embargo, en 1877 descendió a 195 personas ocupadas, 62% hombres, 15% mujeres y 30% niños.

El desarrollo de la industria textil permitía que, para 1880, se contabilizara, sólo en la ciudad de Guadalajara, 650 obreros textiles (un tercio de ellos correspondían a la fábrica de Atemajac), donde se incluían en forma importante, como se registra en 1877, mano de obra femenina e infantil; el tiempo de la jornada aún no estaba reglamentado, lo que permitía esta forma de integración de la familia a las labores fabriles y una jornada de trabajo de más de diez horas diarias, sin días de descanso, sobreexplotación que hacía que los dueños de las empresas obtuvieran enorme plusvalía. Otro factor que contribuyó al auge industrial fue, sin duda, el ferrocarril, ya que en él se transportaba el algodón desde La Laguna.

En este contexto, los comerciantes entran en acción: a partir de 1889 capitales "franceses" con un valor nominal de dos millones de pesos crean "la Compañía industrial de Guadalajara", y absorben las fábricas de "Atemajac" y "La Experiencia", hermanando a los obreros de dichos establecimientos, ubicados al sur y norte del

notarse que haya tenido lugar un motín de esta especie donde comenzó a publicarse *El Socialista*, donde se han dejado verter alarmantes especies contra los ricos y los propietarios, donde se ha fundado la sociedad --la de artesanos-- basada en los principios del socialismo[...] [que pretende] destruir todos los principios, todas las ideas, todos los sentimientos que hasta ahora han guiado en su marcha a las sociedades humanas, querer desterrar del mundo la religión, la propiedad, la familia, aniquilar todos los cimientos en que descansa el orden social".

pueblo de Atemajac. Al efecto, el tranvía corrió, hasta 1943, de Guadalajara a las fábricas textiles ubicadas en Atemajac y Zapopan.

El desarrollo logrado hace que la industria textil pruebe suerte fuera del Valle de Atemajac: en 1888 aparecen las empresas "Cruz de Piedra", del hacendado Valdivia, en San Diego de Alejandría, y "Río Grande" en El Salto, que inició sus funciones en 1896 como Compañía Industrial Manufacturera (D'Olwer, 1974; Alva, 1986; Aldana, 1979; Iguíniz, 1951).

A finales del porfiriato sólo había unas cuantas fábricas, las grandes, debido a la ruina de las pequeñas y de los talleres artesanales, a causa de las bajas cosechas de algodón, las malas comunicaciones, los obstáculos al comercio interior y, en mayor medida, a la mejor calidad del algodón extranjero, efectos de un capitalismo en plena maduración.

El siglo XX

El nuevo siglo trae nuevas perspectivas de producción. La Compañía Industrial de Guadalajara, S.A. (CIJARA), unión de "La Prosperidad Jalisciense" (fábrica de Atemajac) y "La Experiencia", absorbe las fábricas del área de Zapopan: "La Escoba" en 1907 y "Río Blanco" en 1938. El personal y la maquinaria fueron reinstalados principalmente en "La Experiencia".

El 23 de junio de 1908 la fábrica de hilados y tejidos de Atemajac se quemó a consecuencia de un rayo. La compañía CIJARA procedió a su reconstrucción; el gobernador Miguel Ahumada puso la primera piedra el 5 de febrero de 1909; casi tres años después, el 16 de octubre de 1911, inicia labores (Covarrubias, s.f.). La construcción de la nueva fábrica era de un solo piso y estaba cercada como antaño, incluía en ese núcleo ocho casas para uso de los funcionarios, la antigua casa del señor Palomar para el gerente en turno, y 30 viviendas para los obreros en la llamada vecindad; posteriormente, se fueron construyendo las "cuadritas" con casas tipo de aproximadamente cinco metros de frente por diez de fondo, que contaban con una sola

recámara y la cocina comedor, sin ventanas, sólo una puerta, sin baño o lavadero en su interior, ya que éstos eran públicos y consistían en un pozo negro con ocho “asientos”, por cuyo fondo circulaba cuesta abajo, hacia el drenaje de la fábrica, una corriente de agua proveniente de un “venero”; esta corriente, previamente, servía para el abasto e higiene de la colonia² (planos 1, 2 y 3).

Estas casas se rentaban en un principio en tres pesos, y como su piso era de tierra y la bóveda de adobe y madera, las pulgas, las chinches, los mosquitos y las ratas eran la fauna nociva o transmisora más común.

El área deportiva se estableció por los años veinte. Cabe señalar que la colonia tenía una sola puerta de acceso, que controlaron porteros hasta 1941 (E-Saiz).

Como contraparte, el primer movimiento sindicalista en “la fábrica de Atemajac” para solicitar reducción de jornada a diez horas y 10% de aumento, ocurre en 1912 y fue promovido por *las obreras*, a las cuales se les unen después los varones, quienes años después las desplazarían de los puestos directivos; en ese mismo año se adscriben a la Casa del Obrero Mundial y desaparecen como tal en 1916, después de bastantes luchas; los obreros que quedaron formaron lo que se dio en llamar “comisiones” para discutir sus problemas con la administración.

El proceso revolucionario de 1910-1917 y la guerra cristera, en el caso de la industria textil de Jalisco, contribuyeron a la desaparición de los pequeños y medianos establecimientos textiles del interior del estado, porque su desarrollo se vio frenado y revertido por problemas de abasto, distribución y seguridad, lo que favoreció a su vez la centralización industrial en Guadalajara.

Para 1922 se crea el sindicato católico, liderado por el párroco de “La Experiencia”, pero su falta de capacidad para solventar problemas, ocasiona el surgimiento de un sindicato paralelo, afiliado a la CROM (Confederación Regional de Obreros Mexicanos), encabezado por María Díaz, obrera de “La Escoba” y de “Río

² Este sistema de abasto de agua, a todas luces, era el causante de la endemia y los brotes de enfermedades infecciosas de transmisión digestiva, que prevalecieron en la colonia hasta que se construyó el drenaje cerrado y se instalaron tomas intradomiciliarias de agua, cuatro décadas después.

Blanco” y, posteriormente, de “La Experiencia”, quien pugnó por la mejoría económica de los obreros y sus condiciones de trabajo, así como por la unificación de los dos sindicatos, lo cual se logra después de encarnizadas luchas, en 1928, con la firma del primer contrato colectivo, el primero de septiembre de ese mismo año. En 1934, el Sindicato Único se vuelve a dividir, una parte se afilia a la CTJ (Confederación de Trabajadores Jaliscienses), expulsando a los pocos “cromistas” que quedaban, y cambiando el nombre por Sindicato Revolucionario (Gabayet, 1986 y 1988).

El período posrevolucionario trajo como consecuencia legitimadora de los nuevos regímenes el fomento y desarrollo de la infraestructura de comunicaciones, como las carreteras; en nuestra región destaca el ferrocarril a la costa del Pacífico y Noroccidente del país, la creación de aeropuertos, la introducción de agua, drenaje, en un proceso de urbanización e industrialización que, aunado a la migración rural hacia la ciudad de Guadalajara, propició el establecimiento de una mano de obra barata. Las nuevas condiciones sociopolíticas eran favorables al capital y a las centrales obreras que controlaban a los trabajadores.

Las condiciones de orden económico y social posibilitaron las transformaciones debidas a las innovaciones tecnológicas y organizativas de la fábrica, las cuales se vieron reforzadas por las condiciones de desarrollo del mercado de las telas y de la naciente economía de escala; la nueva industria textil no se escapó de la difusión cultural de los nuevos valores que se gestaban durante el período intermedio de las dos guerras mundiales.

Sin embargo, este desarrollo no llegó gratis a los obreros de la colonia, en 1927 el salario era de 27 pesos mensuales, y su alimentación promedio a decir de la señora María Arana Bañuelos, ex obrera, era, en el desayuno, un jarro de canela caliente, café negro o atole, un plato de frijoles y dos o tres tortillas; en la comida, caldo, sopa de fideos y carne a veces (en las casas donde había tres o más trabajadores se podía comprar carne para el diario, si había uno nada más, sólo una vez a la semana), el huevo se tomaba cuando ponía la gallina; en la cena, atole o champurrado, gorditas de manteca o un plato chico de arroz con pancha y tortillas tostadas; cuando les

aumentaron el sueldo, en 1935, los obreros empezaron a comprar leche, y el almuerzo lo hacían con atole blanco y chilaquiles (E-Arana).

Este nuevo orden económico y social, durante el período 1937-1940, se pone de manifiesto por primera vez al negociarse un nuevo contrato colectivo entre la empresa CIJARA y sus obreros, en el cual se logró el pago del salario mínimo, las reinstalaciones de los obreros de la extinta fábrica de "Río Blanco" en la de "La Experiencia", pagando vacaciones y días festivos, etcétera. Este fue un gran avance, ya que en 1930, después de disolver una huelga el gobernador de Jalisco, Margarito Ramírez, la gestión sindical logró la planta para los obreros del primer turno, no así para los del segundo y tercero, que continuaron siendo eventuales.

Para 1941, tras situaciones de violencia (asesinato del secretario general Jesús Macías) el sindicato independiente fue absorbido por la CTM y se convierte en la sección 3 del Sindicato de Trabajadores de la Industria Textil y Similares en la República Mexicana, incorporándose y siguiendo la línea oficialista desde esa época.

Para ese tiempo, la población de las dos más importantes fábricas textiles del estado: "la fábrica de Atemajac" y la de "Río Grande", tenía ya mucho tiempo (cien años la primera y cincuenta la segunda) organizada en forma de "colonias industriales" aisladas relativamente de la metrópoli, pues habían sido creadas como colonias alrededor de las fábricas, siguiendo el modelo inglés fábrica-colonia, que aseguraba la identidad y el arraigo de la mano de obra a la factoría, lo cual era aprovechado por los dueños en turno, quienes ejercían un control policíaco y moral, estricto, apoyados a su vez por los líderes comunitarios tradicionales: el párroco de la iglesia, el maestro de la escuela y el encargado de la tienda de la empresa (Durand, 1986).

Fin de una época

En 1952, prácticamente ya incorporados a la mancha urbana de Guadalajara, los dueños de la fábrica vendieron (entre 200 y 700 pesos las casas y en 75 los lotes) a los obreros las casas donde vivían, vía sindicato y previas mejoras realizadas por la

empresa a la colonia (introducción del agua y el drenaje), lo cual implicó que los gravámenes por los servicios públicos fueran pagados en lo sucesivo por los habitantes de la colonia Fábrica de Atemajac, en la delegación municipal de Guadalajara; al sentirse dueños de sus casas, los obreros empezaron hacer cuartos en el patio de afuera y modificaron las cocinas por quedar muy adentro (E-Salazar). El grupo de accionistas franceses se dedicaron a vender a sus propios comercios el producto de las fábricas de "Atemajac y La Experiencia", lo que provocó su creciente descapitalización; Esto, aunado a algunas huelgas de carácter nacional y a la competencia que representó la introducción de telas sintéticas en el mercado regional, originó la venta de las dos fábricas a un consorcio de textileros españoles (Grupo Asturiano), en 1970.

Paralelamente, desde 1951 el sindicato sólo "apoyó" el movimiento sindical nacional como gestor de causas simples: justificación de faltas, trámites del seguro social, pagos y reversiones del fondo mutual, etcétera. Ante la reducción de personal, el despido paulatino de mano de obra femenina, el no pago de indemnización y otro tipo de medidas unilaterales por parte de la empresa, el sindicato no hace nada efectivo.

El control de la población obrera llega a tal grado que los líderes se pueden perpetuar en sus puestos tranquilamente. Por ejemplo, en la fábrica de Atemajac una sola persona, el señor Juan Ramírez, monopolizó el puesto de secretario general de 1944 a 1976, y renunció sólo cuando la situación de explotación insostenible, en 1976, obligó al grueso de los obreros a rebelarse y declararse en huelga, durante un año; al final la fábrica se les adjudicó a los obreros (E-Carrillo).

Se inicia un período de lucha estéril, los obreros quieren formar una cooperativa y solicitan el apoyo gubernamental, éste no se da y tienen que ceder sus aspiraciones a la cruel realidad de la oferta y la demanda, que encubría el populismo estatal de ese sexenio, y venden en condiciones desventajosas su patrimonio, es decir, las dos fábricas, sus instalaciones y terrenos a un consorcio formado por una familia de textileros libaneses.

Es de resaltar que entre las dos fábricas sobrevivientes (la de Atemajac y “La Experiencia”) llegaron a dar empleo y cobijo a cerca de mil obreros y sus familias, y que, en 1979, el total de obreros en ambas era menos de 600 y no todos de base (Gabayet, 1988). Esta decadencia se incrementó porque las ramas industriales tradicionales (donde se ubica la textil), las más importantes de la entidad (ya para 1986) por aportar la mayor parte del valor agregado y del personal, no promovieron y no contaron con los suficientes apoyos para la calificación de su personal; paradójicamente se repetía la historia de la industria textil en la época colonial.

Una de las últimas nóminas de la fábrica registraba los siguientes datos:

Departamento de preparación de hilado: 20 obreros en 3 turnos

Departamento de hilado: 44 obreros en 4 turnos

Departamento de preparación de tejido: 52 obreros en 4 turnos

Departamento de tejido: 135 obreros en 4 turnos

Actualmente, la fábrica continúa cerrada, los dirigentes sindicales “dicen” que ya hay un acuerdo favorable por la Suprema Corte de Justicia en México y que se ganó el pleito, aunque a los obreros les dejaron la maquinaria vieja, la moderna los dueños la sacaron al inicio de la huelga (E-Guzmán), y en realidad sólo cuentan con el terreno. ¿Será el final de una época?

2.2. ALGUNAS EXPRESIONES CULTURALES DE LOS OBREROS

El período posrevolucionario, de los veinte en adelante, trajo consigo una mayor organización social de la población de la colonia Fábrica de Atemajac y también múltiples expresiones de tipo cultural; la colonia dejó atrás la vida falanstérica decimonónica a la cual se le había vocacionado desde su fundación, en 1843, e inicia toda una serie de manifestaciones que hablan de una identidad barrial, de una vida unitaria y creciente, con diversas organizaciones obreras, como las que a continuación se refieren:

Deportivas

Destaca el equipo de futbol, fundado en 1919, Club Deportivo Atemajac. En 1924, obtiene de los dueños de la fábrica el comodato del terreno para el establecimiento de un campo de balompié, siendo presidente el señor Edmundo Martínez, quien propone el nombre Club Deportivo Occidente, de significativa presencia en las principales ligas de futbol metropolitanas, a tal grado que fue, y en cierta medida sigue siendo, el semillero y proveedor de figuras deportivas para los equipos de primera división de la entidad.

La gente con tradición futbolera de la colonia aún recuerda con emoción el llamado "clásico hilandero" entre el Club Occidente de Atemajac y el Imperio la fábrica de "La Experiencia" (E-Santos; E-Saiz).

Artísticas

Para los años veinte, don Valeriano Cabrera inició las representaciones de teatro como director de escena del grupo Unión de Artistas Aficionados, formado por obreros.

En 1926, y por iniciativa de los señores Antonio Correa, Gabriel Alcalá y Emilio Correa, se fundó la banda de música Sociedad Filarmónica José Palomar, cuyo director fue el maestro y compositor José Ma. Guerra, quien les enseñó a los filarmónicos música regional y obras clásicas (E-Covarrubias).

Religiosas

La colonia contó con una capilla desde el 11 de diciembre de 1852, con advocación al Señor de la Ascensión, que cumplía con cubrir mínimas acciones de culto, ya que no

era parroquia, hasta que fue cerrada durante la guerra cristera. Con la construcción del templo de la Señora de la Asunción, el 6 de junio de 1938, resurge la vida religiosa de la colonia con un mayor auge. Durante las décadas de los cuarenta y los cincuenta, con base en el trabajo solidario en las faenas semanales de los obreros y sus familias, se terminó la construcción del templo; por esa época florecieron (y aún persisten algunas) todo tipo de agrupaciones religiosas: la ACJM, la UFCM, Adoración Nocturna, Hijas de María, Tercera Orden, los Catequistas, así como las primeras comuniones masivas, bautizos, matrimonios, el ofrecimiento de flores a la virgen, los ejercicios espirituales para jóvenes, señoritas y matrimonios, e incluso un "preseminario" que duró poco; también se rescató la capilla de la fábrica como tal, durante la construcción de un centro comercial, en 1985, la cual se abre sólo en ocasiones muy especiales (E-Mares; E-Salazar; E-Alba).

Sindicales

En 1929 se convoca a los trabajadores para la fundación del sindicato; al frente del primer comité ejecutivo, como secretario general, estuvo el señor Modesto Sandoval, por su experiencia y conocimiento, ya que con anterioridad había laborado en la Confederación Regional Obrera Mexicana (CROM), creadora del convenio colectivo de trabajo de la industria textil. Le sucedieron Francisco Gómez, Jesús Macías, Juan Ramírez y Guadalupe Morán.

Posteriormente, como actividad sindical y en atención al decreto de la instrucción militar, por la segunda guerra mundial, en 1942 se organizó con todos los trabajadores un batallón, cuyo instructor fue el mayor Adrián Domínguez, miembro de la XV zona militar. Se dotó al batallón de una bandera, y el compañero Nicolás Talancon fundó numerosa banda de guerra con perfecta instrucción militar y ejecución musical.

Bajo la gestión sindical de Juan Ramírez y Miguel Arroyo se iniciaron, en 1960, en los terrenos del Club Occidente, la construcción del casino, los baños y la alberca para el recreo de los trabajadores y sus familias, inaugurados el 6 de diciembre por Adolfo López Mateos, presidente de la república. Actualmente, el señor José Santos es quien mueve a la directiva del Club Occidente; el casino, el billar y las albercas se conservan en regulares condiciones, merced a las cuotas de ingreso (por ejemplo: a la alberca tres pesos); estas instalaciones por lo general son utilizadas los fines de semana para tertulias familiares. Las canchas de futbol, antaño con pasto, se encuentran muy deterioradas y son de tierra, sirven para los entrenamientos de niños y jóvenes, principalmente durante toda la semana en las tardes; los domingos y sábados son escenario de los partidos programados en las ligas metropolitanas, a las cuales pertenece el Club Occidente .

El teatro ubicado en las instalaciones del sindicato, además de usarse para reuniones de sus miembros, se renta como velatorio (E-Arroyo)(E-Reynoso)(E-Salazar).

2.3. CIENTO AÑOS DE CRECIMIENTO ESPACIAL DE LA COLONIA

En el plano de 1840 (plano 1) se señala con líneas punteadas el lugar que ocuparía la fábrica de Atemajac tres años después. En aquel tiempo, Guadalajara tenía una traza urbana muy estructurada y resulta evidente que ya se consideraban elementos de ordenamiento territorial, al buscar para la localización de esta industria predios menos poblados, relativamente alejados de la principal concentración urbana. Se cree que los motivos por los cuales se seleccionó Atemajac para el asentamiento de esta industria fueron: a) lo barato del terreno; b) las facilidades de comunicación hacia Guadalajara para el abasto y traslado de productos; c) de acuerdo con teorías de localización, las industrias buscaban la facilidad del agua para ubicarse. En este caso, la cercanía de un afluente del Río Santiago por el lado norte (hoy avenida Patria) y por el sur algunos

manantiales naturales hicieron a éste un lugar óptimo para la ubicación de la industria textil regional.

Para 1850 había unas cuantas casitas que albergaban a las familias de obreros en varios núcleos: uno alrededor del patio, dos a los lados de la calle real, y tres a los lados del arroyo.

En los planos de 1874 y 1887 (planos 2 y 3) se observa un incremento del área habitada; sin embargo, la población de Atemajac continúa en la periferia de la capital del estado, ya que estaba separada por la barranca de Mezquitán. Para esa época, la fábrica se encontraba perfectamente instalada y con una administración sólida; cabe señalar que en un mapa de 1884 (ver plano 4) se observan detalles sobre el ordenamiento de la fábrica, por ejemplo: la vía de comunicación del tren, el lugar exacto de la fábrica, la calle de acceso al lugar.

El ingeniero Mariano Bárcena en su descripción de Guadalajara, en 1880, apuntaba: "Entre las fincas mencionadas se cuentan la capilla de la fábrica, la casa de los señores Palomar, la del padre capellán, las escuelas (una de niños costeadas por la compañía y otra de niñas por las cuotas de los trabajadores), la de niños tiene 108 alumnos e igual número de niñas la última"; esta descripción puede complementarse con la panorámica que desde Guadalajara se presenta como plano 5 al final del capítulo (Bárcena, 1880).

Las diferencias entre los mapas presentados se deben a que los dos primeros fueron obtenidos de mapas generales de Guadalajara de esas fechas (en la Biblioteca Pública) y el último, de un atlas catastral sobre planos del pueblo de Atemajac (del Archivo Histórico del Estado), que le confiere un valor importante, ya que en él se observa el crecimiento y la urbanización alrededor del área de la fábrica, lo cual nos habla de un desarrollo fabril considerable, expresado como una colonia industrial en desarrollo, pero todavía aislada, ya que el pueblo de Atemajac y el área de la fábrica están separados por una gran área deshabitada; las construcciones que se observan aparecen otra vez anexas a la fábrica, la cual constituye su motivo de crecimiento y no la búsqueda de acercamiento al pueblo de Atemajac, o a la ciudad de Guadalajara.

Cien años después, dos mapas de 1949 (ver planos 6 y 7) nos muestran ya un núcleo urbanizado, con calles definidas y el terreno que ocupa la fábrica perfectamente delimitado, separado del pueblo de Atemajac sólo por la calle de Mezquitán; cabe mencionar que ambos mapas proceden de la misma fuente (Comisión de Planeación del Estado, control terrestre y plano aéreo fotográfico del pueblo de Atemajac, ver foto 1); en los grabados 1 y 2 y fotos 2 y 3 aparecen las casas que estaban en el interior del área de la fábrica y que eran habitadas por el dueño y los empleados de confianza, donde se muestra una reconstrucción de la colonia para esa época.

El plano 8 (1990) procede del juego de láminas manzanas del Catastro Urbano (15.1 a 15,24), aunque fue necesario hacer una actualización con apoyo de fotografías aéreas y reconocimiento de campo, por los errores encontrados en las láminas, en las que se reportan construcciones que dejaron de existir hace aproximadamente doce y quince años, y otras que se clasifican como casas habitación, pero que en realidad hoy funcionan como locales comerciales.

2.4. BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ZONA FÍSICA ACTUAL DE LA COLONIA FÁBRICA DE ATEMAJAC

La zona de la colonia *in stricto sensu* está limitada al norte por la avenida Patria, al sur por la calle Manuel de Mimbela, al este por la prolongación de la avenida Federalismo, y al oeste por la calle Alhóndiga.

La actual situación espacial de la colonia ha sido resultado del proceso de urbanización de Guadalajara, de la cual es una extensión. La colonia ha sufrido varias mutilaciones, y con el agregado de las colonias residenciales periféricas, la han desintegrado del pueblo de Atemajac, y de la propia Guadalajara: la apertura de la avenida Patria (de cuatro carriles y alambrada), en 1965, con objeto de urbanizar el antiguo arroyo de Atemajac y dar servicio de vialidad a las colonias aledañas (Jardines

del Country y Lomas de Atemajac) (ver foto 4), separó la nave de la fábrica del pueblo de Atemajac, proceso de urbanización que se completó en 1986 al venderse, por los dueños de la fábrica, el patio principal de ésta para construir el centro comercial "Aurrera" (foto 5); también en ese mismo año se abre la avenida Federalismo, por la cual pasa el tren ligero, y que definitivamente aisló la colonia del pueblo (foto 6), entre dos vías de circulación rápida: una, la avenida Patria al norte y poniente; otra, la de Federalismo al oriente y al sur con la colonia residencial Jardines del Country (foto 7).

El centro comercial y las avenidas han ocasionado situaciones diversas que antes no había, como la mutilación y pérdida de casas, la contaminación atmosférica y auditiva por el excesivo tráfico de vehículos, la pérdida de continuidad física de la colonia con el pueblo de Atemajac: para ir al mercado ahora se tiene que atravesar la avenida Federalismo por un largo puente (foto 8); sin embargo, la colonia ha ganado, a decir de sus propios habitantes, su integración a Guadalajara, mediante vías de comunicación expeditas, nuevas líneas de camiones y el tren ligero, contar con un gran centro comercial que tiene como tienda ancla a Aurrera, y los comercios y servicios que alrededor de ella se han instalado, como Farmacias Guadalajara, Diversiones Maravillosas, Multicinemmas Atemajac, etcétera (foto 9).

De acuerdo con el Catastro Urbano, la colonia suma un total de 16 manzanas, cada una contenida en un plano y dos juegos de cinco planos más cada uno, que corresponden el primero al Deportivo Occidente y el segundo a los terrenos que ocupa la nave de la fábrica textil (en paro desde hace cuatro años).

De los planos catastrales se puede obtener información como número y usos del predio, número oficial, superficie, medida de lindero y número de plantas que constituyen la finca construida.

Dentro de las 16 manzanas que conforman la colonia Fábrica de Atemajac se encuentran 205 predios, de los cuales 193 son casas habitación, dos lotes sin construir, cinco negocios, dos bodegas, un jardín con oficinas sindicales y con salón de actos, una escuela y una clínica del IMSS.

La construcción de las casas habitación es variable: hay pocas construidas en una sola planta (del modelo original tradicional), lo más común es encontrar casas con un área de una planta y otra de dos (modelo tradicional modificado); pocas son las de reciente construcción (modelos modernos), de dos plantas, y muy pocas las de tres plantas (modelo aún más reciente). Se observan también diferencias en el material de construcción: las casas tradicionales están edificadas con adobe y ladrillo, lo que les da un aspecto ruinoso, y las más recientes con material de ladrillo y concreto, que presentan un aire de modernidad.

En cuanto a la superficie de los predios, éstos van desde 49 hasta 291 metros cuadrados. Entre los frentes de los predios la variación es de cuatro a 19.80 metros, y los fondos, de siete a 34.60 metros. La casa modelo tradicional, es decir, la que se construyó originalmente para dar alojamiento a las familias obreras, tiene cuatro por siete metros (ver fotografías 10, 11, 12 y 13).

2.5. ALGUNOS RESULTADOS DE NUESTRO ESTUDIO PRELIMINAR EN OBREROS TEXTILES

Nuestro estudio se inició un poco después de que la fábrica textil de Atemajac cerrara sus puertas, en 1992; para ese entonces había 200 obreros de planta y un número fluctuante de eventuales, la inmensa mayoría habitantes de la colonia; estos obreros estaban involucrados en un proceso productivo considerado como uno de los más completos en la industria, a pesar de lo antiguo de la maquinaria, porque, además de producir telas, se terminaban las producidas por otras fábricas. Durante esta última etapa productiva, los trabajadores eventuales jugaron un papel importante, gracias a ellos se podía incrementar o decrementar la producción según fuera necesario, sin despedir a la menguante planta de obreros de base (no había contrataciones nuevas, sólo jubilaciones). Un mecanismo de manejo de poder interesante era que los trabajadores eventuales se contrataban sólo por 28 días, vía sindicato, lo cual garantizaba su subordinación a los líderes sindicales y éstos a concertar arreglos con

la empresa; a pesar de ello, el cierre de la fábrica se hizo aduciendo como razón la incosteabilidad del proceso productivo, lo cual exacerbó los ánimos de los explotados y desesperanzados obreros, quienes se fueron a la huelga. A la fecha el conflicto no se ha resuelto, aunque los obreros afirmaron que pronto se arreglará.

Los obreros que terminaron como de base en la fábrica viven en las casas de la ex colonia industrial: 95% son de Jalisco, casi todos tienen más de cincuenta años, y 90% no terminaron la primaria, 55% descendían de 3.4 generaciones de obreros textiles, y todos iniciaron su vida productiva a partir de los once o catorce años.

Conforme se hicieron las modernizaciones, las familias vieron cómo se les cerraron los caminos para su trabajo; por ejemplo, en 1956-1960 el desplazamiento de las mujeres, y actualmente, con una familia promedio de tres a cuatro hijos, ven que éstos no podrán ser obreros textiles, lo cual les preocupa, porque muy pocos han logrado educación profesional.

Un censo de población que realizamos en la colonia arrojó los siguientes resultados:

La pirámide poblacional (ver gráfica 1) presenta una base estrecha, evidencia de una población de jóvenes y adultos.

La densidad poblacional es de 27 metros cuadrados por habitante, y el número de miembros por familia es similar al reportado para el estado en el censo de 1990.

Cuadro 1
DENSIDAD POBLACIONAL

Concepto	Porcentaje
Familias por manzana	18.5
Habitantes por manzana	91.4
Miembros por familia	5.6

Fuente: Censo realizado.

Como se puede observar en los siguientes cuadros, la mayoría de los habitantes (92%) tienen sus orígenes en Jalisco y (91%) más de diez años de residir en la colonia.

Cuadro 2

LUGAR DE ORIGEN DE LOS JEFES DE FAMILIA

Lugar de origen	Padre %	Madre %
Guadalajara	63	61
Resto del estado	29	29
Otros estados	8	10

Fuente: Censo realizado.

Cuadro 3
TIEMPO DE RESIDENCIA

Tiempo (años)	Porcentaje
Menos de uno	0
1-4	4
5-9	5
10-19	11
20-39	42
40-59	16
Más de 60	21
Sin dato	13

Fuente: Censo realizado.

Las familias son en su mayoría nucleares, integradas y patrimatrilocales.

Cuadro 4
ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA

Concepto	Porcentaje
a) Nuclear	75
Extensa	25
b) Integrada	73
Desintegrada	27
c) Patrilocal	9
Matrilocal	16
Ambos	72
Ninguno	3

Fuente: Censo realizado.

El número de hijos por familia fluctúa de uno a catorce, y el mayor porcentaje se ubica entre cinco y nueve.

Cuadro 5
NÚMERO DE HIJOS POR FAMILIA

Número de hijos	Porcentaje
1-4	41

5-9	53
10-14	6

Fuente: Censo realizado.

La escolaridad prevaleciente es la elemental.

Cuadro 6
ESCOLARIDAD DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Nivel de escolaridad	Porcentaje
Nula	0
Primaria incompleta	21
Primaria	47
Secundaria	16
Técnica	5
Bachillerato	5
Profesional	5

Fuente: Censo realizado.

Las casas presentan las características de la vivienda popular urbanizada, con la salvedad que la mayoría son propias.

Cuadro 7
ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Servicio o equipamiento	Porcentaje
Agua entubada	100
Refrigerador	100
Televisión	100
Cocina con gas	100
Carro propio	32

Fuente: Censo realizado.

Cuadro 8
DORMITORIOS POR VIVIENDA

Número de dormitorios	Porcentaje
uno o dos	26
tres o cuatro	74

Fuente: Censo realizado.

Cuadro 9
TENENCIA DE LA VIVIENDA

Tenencia	Porcentaje
Propia	91
Rentada	5
Prestada	4

Fuente: Censo realizado.

Como se puede observar en el cuadro siguiente, la mayor parte de las familias encuestadas tuvieron alguna relación de trabajo con la fábrica.

Cuadro 10
RELACIÓN DE TRABAJO CON LA FÁBRICA TEXTIL

Relación	Porcentaje
Como trabajadores en el pasado	83
Como trabajadores actualmente*	45

* En huelga

Fuente: Censo realizado.

Las principales diversiones de fin de semana de los habitantes de la colonia presentan un patrón en el uso del tiempo libre de tipo tradicional y recreativo.

Cuadro 11
DIVERSIONES FAMILIARES DE FIN DE SEMANA

Diversión	Porcentaje
Ver televisión	27
Ir al campo	13
Ir de visita	13
Ir al centro	9
Practicar fútbol	9
Nada	9
Juegos de mesa	5
Peleas de gallos	5
Ir al Deportivo Occidente	5
Ir a un balneario	5

Fuente: Censo realizado

Los principales alimentos consumidos son 22, de los cuales destacan los cereales y farináceos, de la dieta mestiza.

Cuadro 12

ALIMENTOS CONSUMIDOS POR LA FAMILIA

Desayuno %		Comida %		Cena %	
Frijoles	42	Frijoles	32	Leche	68
Leche	42	Carne	32	Pan	68
Pan	37	Verduras	26	Frijoles	21
Tortillas	21	Pastas	21	Nada	16
Huevo	16	Agua fresca	16	Pastel	11
Café	16	Pescado	16	Fruta	5
Carne	16	Huevo	16	Té	5
Jugos	5	Tortillas	11	Tortillas	5
Fruta	5	Tostadas	5	Café	5
Gelatina	5	Pan	5		
Cereales	5	Pollo	5		
Queso	5	Arroz	5		
Menudo	5	Nada	5		
Verduras	5				
Nada	5				

Fuente: Censo realizado.

2.6. VIDA COTIDIANA ACTUAL EN LA COLONIA FÁBRICA DE ATEMAJAC

La fábrica textil de Atemajac, como ya se señaló, dio origen a una colonia conocida como el Barrio, actualmente colonia Fábrica de Atemajac. Sus habitantes llevan muchos años de convivir en lugares comunes, dentro del mismo barrio, en algunos puntos de la calle; los jóvenes se reúnen por las tardes o noches a conversar o simplemente a disfrutar el paso de la gente o los juegos de los niños, en las llamadas cuadritas (ubicadas en el extremo norponiente de la colonia); es común observar después de la hora de la comida a un grupo de ancianos que platican o toman el fresco de la tarde. Hay un sentimiento de orgullo y solidaridad entre los habitantes de la colonia que los hace abiertos y francos, lo cual facilitó nuestra tarea.

Asimismo, existen lugares donde se puede comer sabroso y barato, como en la lonchería de "Lupe la Pelona", su fama --según refieren-- se debe a los exquisitos lonches de pierna y tortas ahogadas; este es un negocio ubicado en el propio domicilio de la señora, con mobiliario rústico, sin características de una lonchería formal, ni mucho menos de un restaurante.

Otro lugar para comer es la cenaduría de "doña Lupe", conocida por el sabroso pozole de cabeza de cerdo; es una de las pocas que siguen conservando la manera típica de vender estos alimentos al pie de la banquetta.

Con "doña Andrea" se venden las tortillas, de siete de la mañana a cinco de la tarde, en un local de aproximadamente cuatro por cinco metros, donde hay dos mujeres sudorosas que usan el metate para amasar y un comal de 1 por 1.20 para cocer las tortillas. La clientela lo prefiere porque las tortillas se hacen a mano y son de nixtamal.

En la tienda de abarrotes de "don Chilo" se encuentra todo lo necesario: desde una aguja hasta una cuerda de ixtle. La gente la prefiere por la variedad de artículos y porque "don Chilo" acostumbra fiar (crédito) a muchas de sus clientas.

Hay también quienes organizan viajes, excursiones o peregrinaciones religiosas. Por ejemplo, don Baudelio Vargas realiza peregrinaciones a Talpa que se efectúan caminando, aunque no parece que lo haga por negocio, más bien con carácter religioso. En contraste, organiza con mucho éxito las salidas a Acapulco cada año.

Joel es un joven que hace excursiones a balnearios populares, como Agua Caliente, Chimulco, San Juan Cosalá, etcétera, cada quincena y en época de vacaciones escolares casi cada semana. Lo relevante es que son de tipo familiar, lo cual es probable que agrade más a los padres de familia.

Lola Mercado es más selectiva en sus viajes. Es la única que hace salidas a Veracruz, Zihuatanejo, Puerto Vallarta, y otros lugares.

En relación con la salud, por Federalismo vive aún "doña Chayo Ramírez", a quien muchas personas solicitan sus servicios como partera, aunque no lo hace con tanta regularidad como las "sobadas" en embarazadas, ya que es su especialidad "acomodar a los niños" en posición correcta; hay quienes aseguran que ha salvado a muchas mujeres de que les practiquen la operación cesárea (E-Cobarruvias).

De hecho, no hay facultativos que den consulta en la colonia, el último que ofreció servicios de salud fue el fallecido "doctor Andrés", herbolario, quien vivía por el

quiosco de la Placita, hoy Corregidora y José Palomar; según la gente era "atinado", ya que de inmediato "daba con la enfermedad", y también recetaba "chochitos" (homeopatía). Actualmente, practica la herbolaria don Fidel, que vive en la avenida Fidel Velázquez, y sigue la tradición de recetar medicamentos en su propio domicilio. La Farmacia Guadalajara ha sustituido a la de "don Panchito", antiguamente ubicada en la entrada del jardín y que servía de consultorio a los médicos de la fábrica; en ella se podía encontrar no sólo medicinas, sino también abarrotes, perfumería y otros artículos para el hogar, en un sistema mixto de empleados de mostrador y autoservicio (E-Jiménez; E-Ramírez).

Otra manifestación de la vida cotidiana son los grupos típicos del barrio:

- El grupo folklórico "Guellín", organizado por Aurelio, hijo de un trabajador de la fábrica. Está compuesto por niños y jóvenes y representa a la fábrica en actividades culturales.
- La Banda de Guerra de la Sección 9 Textil, formada por adultos y jóvenes, no necesariamente relacionados con la fábrica, que se inician desde niños y sin obtener remuneración económica. Participan en el desfile del Primero de Mayo y el 20 de Noviembre.
- El grupo "Los Chupes" es una banda típica en la que se tocan instrumentos como la tambora, los platillos, la tuba, etcétera. Está integrada por trabajadores de la fábrica. Su nombre proviene de la canción con la que se presentan: "El Chupe" y cuyo estribillo dice: "Ahí viene el chupe, me gusta el chupe...". Este grupo es uno de los más queridos en el barrio.
- El grupo de danza regional está dirigido por don Aurelio Salas, y su lugar de ensayo es desde hace doce años el Teatro, donde eventualmente hacen presentaciones. Se mantiene gracias al apoyo de sus propios integrantes, quienes sufragan gastos de traslado y vestuario.

En resumen, la colonia Fábrica de Atemajac no es sólo el espacio donde se reside, la gente introduce valores y significados, materializados en imágenes y representaciones, como la tranquilidad que sirve para describir y diferenciar al barrio

de otros: “obrero, bueno, tranquilo, pobre”, aquí el antes y el ahora se funden más que en un cronos, en un ethos de identidad, donde el arraigo y el presente se ven como un grupo etéreo similar, la juventud, de antes y ahora, representada por nuestros entrevistados que variaron desde los quince a los ochenta y cinco años, unidos por sus hazañas, logros, limitaciones y sufrimientos. En la colonia Fábrica de Atemajac la población se abre para lo nuevo, pero sigue reproduciendo lo viejo; en una histórica ahistoricidad ante lo dominante, construyendo su historia todos los días (Gravano, 1988).

2.7. LA SALUD EN LA COLONIA

En la comunidad los períodos propios de desarrollo cultural, sus patrones estructurales y de integración son particulares, y presentan características propias, de tal forma que constituyen una cultura, donde las adaptaciones ecológicas pueden ser consideradas causales, en términos de un grado de inevitación en los ajustes culturales directamente observables, como puede ser el estado de salud poblacional, en el que podemos encontrar varios niveles de integración (Steward, 1973): el regional o estatal, el local, el de clase y el familiar, cuyos límites se transforman con el paso del tiempo, donde su subcultura de salud cambia de tal manera que se asemeja a otras de distintos espacios y tiempos, y donde, incluso, se contienen subculturas radicalmente diferentes pese a compartir muchos rasgos. Nuestro estudio nos remite a un estudio de caso local y limitado.

La historia de la salud de la colonia Fábrica de Atemajac debe considerarse desde antes de su fundación. A causa de las luchas civiles, la criminalidad, las crisis agrícolas, la insalubridad y las epidemias, durante las primeras tres décadas del siglo XIX, la población jalisciense disminuyó considerablemente (Murià, 1981), lo cual provocó una demanda de mano de obra para el naciente estado; había que invertir en arraigar y, de cierta manera, cuidar a los obreros adscritos a las nuevas fábricas; Atemajac no fue la excepción.

Las condiciones de bienestar para los obreros originalmente sólo proporcionaban un techo; luego se fueron construyendo más viviendas alrededor de la fábrica patrocinadas por la empresa, en cuanto al terreno y facilidades para construir; sin embargo, los servicios sanitarios eran comunes (baños, letrinas y lavaderos) (ver detalle de reconstrucción, grabado 2), situación que prevaleció hasta muy entrado el siglo XX. Ante estas condiciones sanitarias, el crecimiento estuvo dado por las fluctuaciones entre la natalidad y la mortalidad, como se puede observar en los registros de los archivos parroquiales de la Capilla de Jesús (cuadro 13).

Cuadro 13
NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES
FÁBRICA DE ATEMAJAC
1846-1900

Años	Nacimientos	Promedio anual	Años	Defunciones	Promedio anual	Hombres	Mujeres
1846-55	39	4	1847-56	40	4	23	17
1856-65	123	12	1857-66	114	11	58	56
1866-75	151	15	1867-76	9	1	3	6
1876-85	215	21	1877-86	41	4	20	21
1886-95	142	14	1887-96	116	11	51	65
1896-98	13	4	1897-900	9	2	5	4

Fuente: Archivo Parroquial de la Capilla de Jesús.

Nótese la aceleración de nacimientos hasta 1895; en el caso de las defunciones, es muy probable que de 1867 a 1886 exista un subregistro, y que la proporción de hombres y mujeres fallecidos se mantenga casi a la par.

Para darnos una somera idea de la mortalidad predominante en el siglo pasado en la colonia fabril tenemos los siguientes registros.

Cuadro 14
DEFUNCIONES
1847

Edad	Sexo	Murió de
45	Mujer	Fiebre
15	Hombre	Un "antellevón" que le dio la rueda de la fábrica
65	Hombre	Hidropesía
60	Mujer	Irritación

1848

Edad	Sexo	Murió de
33	Mujer	Resultas de un parto
30	Hombre	Inflamación
1	Mujer	Sarampión
5	Mujer	Un gran escorbuto

1850

Edad	Sexo	Murió de
60	Hombre	Cólera
56	Mujer	Cólera
23	Mujer	Cólera
55	Hombre	Cólera
33	Mujer	Fiebre
35	Hombre	Cólera
18	Hombre	Cólera
7	Mujer	Cólera
9	Mujer	Cólera
15	Mujer	Cólera
40	Mujer	Cólera
20	Mujer	Cólera
38	Mujer	Cólera
36	Hombre	Cólera
20	Hombre	Fiebre

1860

Edad	Sexo	Murió de
Párvula	Mujer	Irritación
1 mes	Hombre	Alferecía
67	Hombre	De vejez
3 meses	Hombre	Irritación
3 años 2M	Mujer	Inflamación
1 año 6M	Mujer	Fiebre

1872

Edad	Sexo	Murió de
22 días	Mujer	Tosferina
8 meses	Mujer	Fiebre
5 meses	Hombre	Fiebre
1 año	Mujer	Inflamación

1882

Edad	Sexo	Murió de
75	Hombre	De un dolor
1	Hombre	Sarampión
35	Hombre	Irritación

40	Mujer	Fiebre y pulmonía
27	Hombre	Hidropesía
35	Mujer	Pulmonía

1892

Edad	Sexo	Murió de
37	Hombre	Pulmonía
12	Mujer	Inflamación
6	Hombre	Viruelas
60	Mujer	Fiebre
59	Hombre	Pulmonía
54	Mujer	Pulmonía
80	Hombre	Irritación
1 año y 6M	Hombre	Viruelas
9	Hombre	Irritación
3 años 6M	Hombre	Viruelas
50	Mujer	Pulmonía
6 días	Hombre	Morsesuelo
51	Hombre	Disentería
56	Mujer	Diarrea
11 meses	Hombre	Disentería
56	Hombre	Inflamación
30	Mujer	Fiebre
1	Mujer	Derrame de bilis
40	Mujer	Pulmonía
8 días	Mujer	Cólico

1899

Edad	Sexo	Murió de
32	Hombre	Una puñalada

Fuente: Archivos de la Parroquia de Jesús.

Como se puede observar, la mortalidad durante el siglo XIX, en la colonia Fábrica de Atemajac, es predominantemente de tipo infecciosa; sin embargo, nótese la impronta histórica que dejó el transcurrir del tiempo en la población de la colonia; así, durante el primer año de labores se dio el primer accidente fatal de trabajo en la fábrica (y probablemente en el estado); después la colonia sufre el embate de la epidemia de cólera de 1850. El crecimiento poblacional, las condiciones de insalubridad, las carencias alimentarias, las complicaciones del parto, y las infecciones

del tracto digestivo y respiratorio en el adulto fueron las principales afecciones que marcaron la vida y la muerte de las primeras generaciones de obreros de Atemajac.

Cuadro 15

Para 1909 la mortalidad se comportaba así:

Diarrea	6 casos en 1 hombre y 5 mujeres
Pulmonía	3 casos en 2 hombres y 1 mujer
Fiebre	2 casos en 1 hombre y 1 mujer
Inflamación intestinal	2 casos en 2 hombres
Paludismo	1 caso en 1 mujer
Absceso supurado	1 caso en 1 mujer
Disentería	1 caso en 1 mujer
Fiebre intermitente	1 caso en 1 mujer
Escrófulas	1 caso en 1 mujer

Fuente: Registro Civil de la Delegación Municipal, Fábrica de Atemajac.

En la actualidad, algunos de los habitantes más viejos de la colonia aún recuerdan enfermedades que se padecían al inicio del siglo, como el paludismo en el otoño; en temporada de calor, diarreas; la canícula, que entraba del 8 al 12 de junio y terminaba el 24 de agosto, y consistía en dolor de estómago y diarrea por comer fruta, sobre todo verde; el empacho era considerado como que nada “caía en el estómago”, y vomitaban con dolor; el sarampión se tomaba en cuenta por sus complicaciones de catarro hasta pulmonía; cada año había epidemias de tifoidea, situación que cambió drásticamente cuando se construyó el drenaje. En el caso de los obreros, se señala que había “mucho purgación, chancros y crestas después de las fiestas de agosto”; poca tuberculosis y pocos loquitos; asimismo, se refiere “la existencia de alcoholismo, porque había poca diversión”.

Muchas de estas enfermedades eran atendidas por el médico que iba a la fábrica en la década de los treinta y los cuarenta y aprovechaba para dar consulta en la colonia; el primero fue el doctor Miguel Baeza Alzaga, quien asistía diario de 4 a 6 o de 5 a 8 pm, y hacía visitas a domicilio; lo sustituyó el doctor Gutiérrez Godínez, quien permanecía más tiempo en el consultorio; para ese entonces la empresa otorgaba a los obreros la consulta gratis y un vale de cincuenta centavos para medicina, lo cual

duró hasta que hizo su aparición el Seguro Social. Sin embargo, existían otros elementos que ejercían la práctica médica tradicional, como los señores Florencio Meza y Mateo Castillo, que sobaban y componían a los jugadores de futbol, “la señora que curaba de los granos, los tumores empedernidos y de piquetes de alacrán utilizando hierbas”, y don Pancho, encargado de la farmacia de la fábrica, que también recetaba (E-Covarrubias; E-Saiz).

Respecto a la atención de las embarazadas, en aquel tiempo eran vistas periódicamente por una partera llamada “Julita”, quien atendía el parto en los domicilios de las pacientes, a las que recomendaba quedarse acostadas cuarenta días, con una alimentación especial a base de atoles y tés (E-Ramírez); más tarde la señora Chayo Ramírez (hermana del ex secretario sindical) la desplazó, porque “estudiaba y era muy buena” (E-Covarrubias). Tiempo después, las que eran trabajadoras tenían permiso de salir cada tres horas para amamantar a su bebé, después de los cuarenta días de su incapacidad. El período de amamantamiento era de un año a un año y medio, y en ocasiones estas madres también le daban a otros niños, en ausencia de la madre original o por enfermedad de ésta (E-Lefebre).

En lo que toca a la asistencia hospitalaria, las personas de la colonia acudían al Hospital Civil, o cuando había un accidente de trabajo los enviaban al hospital de La Trinidad en Guadalajara (E-Covarrubias).

En 1960, entre las principales causas de muerte, registradas en la Delegación Municipal, de la fábrica de Atemajac, las de origen infectocontagioso ocupan los primeros lugares, seguidas de las crónicas y degenerativas.

Cuadro 16

Causa	hombres	mujeres	total
Neumonía y b. neum.		4	4
Diarreas		5	5
Enf.ap.card. vasc.	2	2	4
Uremia		3	3
Tuberculosis pulm.	1	1	2

Úlcera péptica	1	1	2
Causas perinatales	2		2
Hidrocefalia		1	1
Paludismo		1	1
Debilidad		1	1
Parálisis progr.		1	1
Senilidad	1		1
Ca. de cervix		1	1
Cirrosis hepática	1		1
Piquete de araña		1	1
Se ignora	1	1	1

Fuente: Registro Civil de la Delegación Municipal, Fábrica de Atemajac.

En 1990, la situación de mortalidad cambia notablemente, las enfermedades crónicas y degenerativas ocupan los lugares preferenciales.

Cuadro 17

Causa	Número	Porcentaje
Enf. ap.card.vasc.	8	40
Cirrosis hepática	3	15
Diabetes	2	10
Neumonía	2	10
Cáncer pulmonar	1	5
Leucemia	1	5
Herida por a.f.	1	5
Causas perinatales	1	5

Fuente: Registro Civil de la Delegación Municipal, Fábrica de Atemajac.

En 1992, el registro civil de la Delegación Municipal se integra al de Guadalajara. Presentamos, para 1995, las principales causas de mortalidad registradas por la clínica del IMSS UMF 4 (Atemajac), donde se observa un franco predominio de etiología crónica y degenerativa, e infecciosa emergente como el sida:

Cuadro 18

Causa	Numero	Porcentaje
Diabetes mellitus	19	19
Enf. ap.card.vasc.	12	12
Causas perinatales	8	8
Bronq. enfisema y asma	6	6
Cáncer de cervix	4	4
Cirrosis	4	4
Sida	2	2
Cáncer de estómago	2	2
Resto	41	43
Total	98	

Fuente: UMF4, IMSS, Jalisco.

Como se puede observar, la evolución de la mortalidad de la colonia Fábrica de Atemajac ha seguido el patrón de cambio operado en las sociedades: de rural-artesanales a urbano-industriales; de los problemas producto de la explotación y desigualdad social de orden carencial individual --como la desnutrición-- y comunal --como la falta de agua y drenaje y vivienda adecuada-- se pasa a problemas relacionados con un estilo de vida marcado por la economía de consumo, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares (donde la hipertensión arterial se encuentra arraigada), que requieren la acción individual y un soporte comunitario de redes que se complementa con programas institucionales.

En otras palabras, una comunidad que vive, en un período breve y de manera intensa, una serie de rápidos cambios sociales, económicos y culturales, reflejados en su salud, obliga a sus miembros a desplegar estrategias para mantener su relativo bienestar, no tan sólo físico, también sociocultural. Estas estrategias implican adquirir conocimientos y enfrentarlos a sus valores tradicionales, para moldear su acervo y ponerlo a prueba, ante las experiencias de salud-enfermedad que se presentaban en los miembros de las generaciones que integraban la población de la colonia. Un siglo de enfrentar los mismos problemas de salud con los mismos recursos y resultados, que se ven alterados, en un período de tres a cuatro décadas, al tener que vivir con nuevas patologías, como la hipertensión arterial, nuevos recursos diagnóstico-terapéuticos, nuevas instituciones de salud, y el bombardeo de información a través de diversos medios, hace que las generaciones no puedan cristalizar o sedimentar esa realidad social objetiva o subjetiva, construida a la carrera, en medio de una doble crisis: la barrial, por la decadencia de la fábrica, y la global, en la que está sumergido el país.

En conclusión, en el dominio de lo cotidiano, donde lo difícil, lo fácil, lo normal y lo anormal se da al enfrentar la problemática de salud diaria, es donde conviven lo tradicional y lo moderno, y la cotidianidad en salud de los habitantes de la colonia no es la excepción.

ADENDUM

DON JOSÉ PALOMAR Y RUEDA, UN HOMBRE DE SU TIEMPO

Para el desarrollo industrial de Jalisco en el siglo XIX, y para la fábrica de Atemajac, la figura de don José Palomar, nacido en la hacienda de Santa María en 1807, representa uno de sus exponentes más importantes de la clase capitalista local. Su trayectoria se registra a partir de su juventud: se dedicó primero a las letras, después estudió Derecho, pero no terminó, ya que decidió seguir la carrera de Comercio. Esta formación fue decisiva para su ascenso económico-social y político, como sucedió con algunos otros personajes de su tiempo.

Desde el punto de vista de su preparación y actuación, fue un hombre de su tiempo, que asimiló una visión modernizante y humanística del mundo, y la supo integrar con una actuación de capitalista, dentro de su filiación política, decididamente conservadora. Al mismo tiempo que fundaba, el 18 de octubre de 1841, con visión audaz, una de las unidades fabriles que han soportado la prueba del tiempo (ciento cincuenta años) no sólo en nuestro estado, sino en todo el país, se desempeñaba como diputado en el Congreso federal por el Partido Conservador, curul fruto de una trayectoria política que había iniciado desde una década antes, al participar activamente como notable en el Plan de Cuernavaca, en 1834, y en el Cabildo de Guadalajara, primero como regidor, en 1835, y como alcalde constitucional y propietario de las comisiones de teatro y diversiones, así como las de cárceles en 1837.

Estas experiencias, aunadas al significado social del trabajo en esa época, donde las posibilidades de contratación colectiva eran limitadas por razones imputables tanto al patrón como al asalariado, lo movieron a plantear como solución de base el desarrollo social, la preparación de los pobres para que acepten el orden y el

progreso, bajo la disciplina fabril capitalista, pero con un acentuado matiz humanista. Como lo confirma el hecho que durante su corta gestión como gobernador interino del estado, en 1853, patrocinó la llegada y la instalación, en Guadalajara, de las Hermanas de la Caridad, y la reedificación del Hospital de Belén y del Hospicio; este tipo de acciones prevalecen a lo largo de su vida.

Como miembro de la clase dominante de Jalisco no se sustrae de la tendencia de cambio diversificador de su época, ya que incursiona en la fabricación de papel, la encuadernación, el establecimiento de las líneas telegráficas que comunicaron a Guadalajara por el oriente con la capital del país y con el Atlántico; por el norte con Zacatecas y Aguascalientes, y por el poniente y sur con Tepic y Manzanillo.

José Palomar y Rueda muere el 16 de noviembre de 1873 a la una y media de la mañana, de cáncer del cuello de la vejiga, en su domicilio de la calle de San Francisco número 22; se celebraron sus exequias en la Catedral Metropolitana de Guadalajara, y sus restos quedaron depositados en el panteón de Belén.

En la colonia Fábrica de Atemajac existe una calle con su nombre, así como una escuela primaria, que quedó fuera del perímetro de la colonia, por la avenida Federalismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aldana, Mario (1979) *La industria textil en el desarrollo económico de Jalisco 1821-1940*. México: Universidad de Guadalajara/Instituto de Estudios Sociales, pp. 189-200.

----- (1980) "La industria textil en Jalisco durante la transición al capitalismo, 1840-1877", *Boletín del Archivo Histórico de Jalisco*, vol. IV, núm. 1, p. 7.

Alva, Carlos (1986) "La industrialización en Jalisco: evolución y perspectivas", en Guillermo de la Peña y Agustín Escobar. *Cambio regional, mercado de trabajo y vida obrera en Jalisco*. El Colegio de Jalisco, pp. 89-86.

Archivo Histórico de Jalisco (s.f.) Rama de Fomento. Apartado de Industria y Fomento. *Expediente número 54*.

Archivo de Instrumentos Públicos del Estado de Jalisco (AIPEJ) vol. II, *fasc. 51-V*, 56 fojas.

Archivo de la Parroquia de Jesús. *Libros de nacimientos y defunciones 1846-1898-1900*.

Banda, Longinos (1873) *Estadística de Jalisco formada con vista de los mejores datos oficiales y noticias suministradas por sujetos idóneos, en los años 1854 a 1863*. Guadalajara: Tipografía de Longinos Banda.

Bárcena, Mariano (1880) *Descripción de Guadalajara en 1880*. Reimpresión de 1954 en Biblioteca Jalisciense núm. 10. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, pp. 153-154.

Biblioteca Pública del Estado de Jalisco. Colección de papeles de derecho. *Expediente: Fábricas de Guadalajara*.

Covarrubias, P. (s.f.) "Síntesis histórica de la fundación de la fábrica de Atemajac, biografía del Sr. Dn. José Palomar y conmemoración del cincuentenario del sindicato de obreros textiles y similares de la fábrica de Atemajac". Apuntes mecanográficos, 8 p.

D'Olwer, N. (1974) *Las inversiones extranjeras en la historia moderna de México*. Ed. Hermes.

Durand, J. (1986) *Los obreros de Río Grande*. Zamora: El Colegio de Michoacán.

El Universal, 7 de abril de 1850.

Gabayet, Luisa (1986) "Diferenciación social y formación de clase obrera: análisis comparativo de tres casos jaliscienses", en Guillermo de la Peña y Agustín Escobar. *Cambio regional, mercado de trabajo y vida obrera en Jalisco*. Guadalajara: El Colegio de Jalisco, pp. 89-186.

----- (1988) *Obreros somos*. Guadalajara: El Colegio de Jalisco/CIESAS.

Gravano, A. (1988) "La identidad barrial como producción ideológica", *Folklore Americano*, núm. 46, pp. 133-168.

Hermoso, Mariano (1845) *Archivo de Instrumentos Públicos del Estado de Jalisco*. *Protocolo*, tomo XVII, fojas 1-98 y 100.

Iguíniz, J. (1951) *Guadalajara a través de los tiempos*, tomo I. Guadalajara: Ediciones del Banco Refaccionario de Jalisco, pp. 262-263.

Mares, E. *et al.* (s.f.) "Pequeña pero exacta biografía del Sr. José Palomar y Rueda". Apuntes mecanográficos.

Meyer, J. (1981) "Barron y Forbes y Cía. El cielo y sus primeros favoritos", *Nexos*, núm. 40, abril, p. 27.

Murià, José María (1974) *Los cien años de ayer. Guadalajara*. Gobierno del Estado de Jalisco.

----- (1981) *Historia de Jalisco*, tomo III. Gobierno del Estado de Jalisco, pp. 99-133.

Steward, J. (1973) *Theory of Cultural Change*, 2a. ed. Chicago-Londres: Univ. of Illinois Press.

Villa, J. (1888) *Guía y álbum de Guadalajara para los viajeros*. Guadalajara: Tipografía, litografía y encuadernación de José M. Yguíniz. Edición facsimilar de la Cámara de Comercio de Guadalajara, 1980, pp. 17-22.

Entrevistas realizadas durante 1993-1996 (claves)

E-Arana (María Arana)

E-Arroyo (Hugo Arroyo)

E-Carrillo (Valente Carrillo)

E-Covarrubias (Paz Covarrubias)

E-Alba (cura Jorge de Alba)

E-Guzmán (Raúl Guzmán)

E-Jiménez (Cache Jiménez)

E-Lefebvre (Marcelo Lefebvre)

E-Mares (Encarnación Mares)

E-Ramírez (Rosario Ramírez)

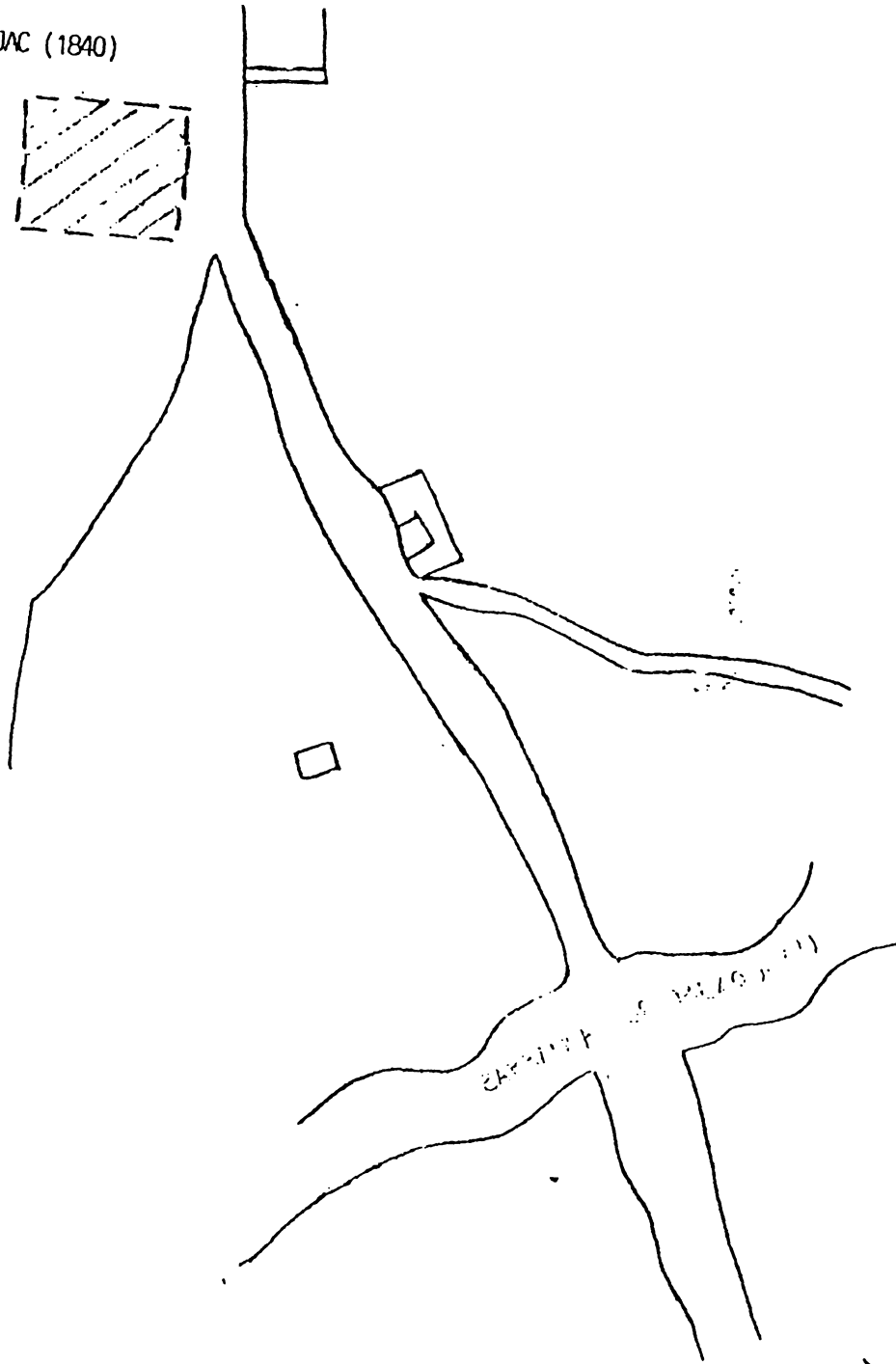
E-Reynoso (José Luis Reynoso)

E-Saiz (Jesús Saiz)

E-Salazar (Catarino Salazar)

E-Santos (José Santos)

LUGAR QUE OCUPARIA LA FABRICA DE ATEMAJAC (1840)



PLANO I

1841

HEZQUITAN

BARRANCA DE DELEN

71



LUGAR QUE OCUPARIA LA FABRICA

CAKJARA

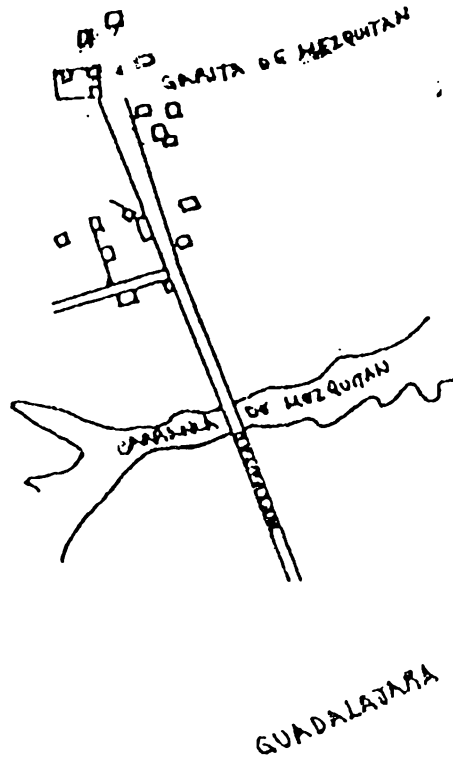
5.- LA FABRICA DE ATEMAJAC

(1874)



HEB/

PLANO 2



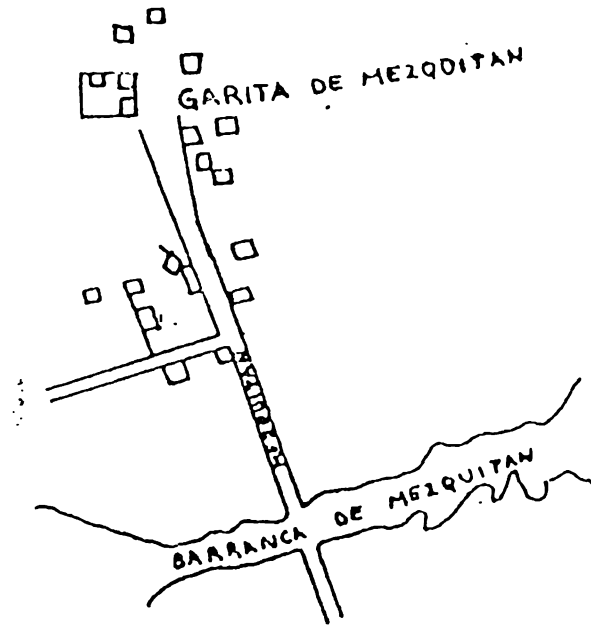
ESCALA 1:10000

DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA

71- LA FABRICA DE ATLMAJAC EN 1887



PLANO 3



73

GUADALAJARA

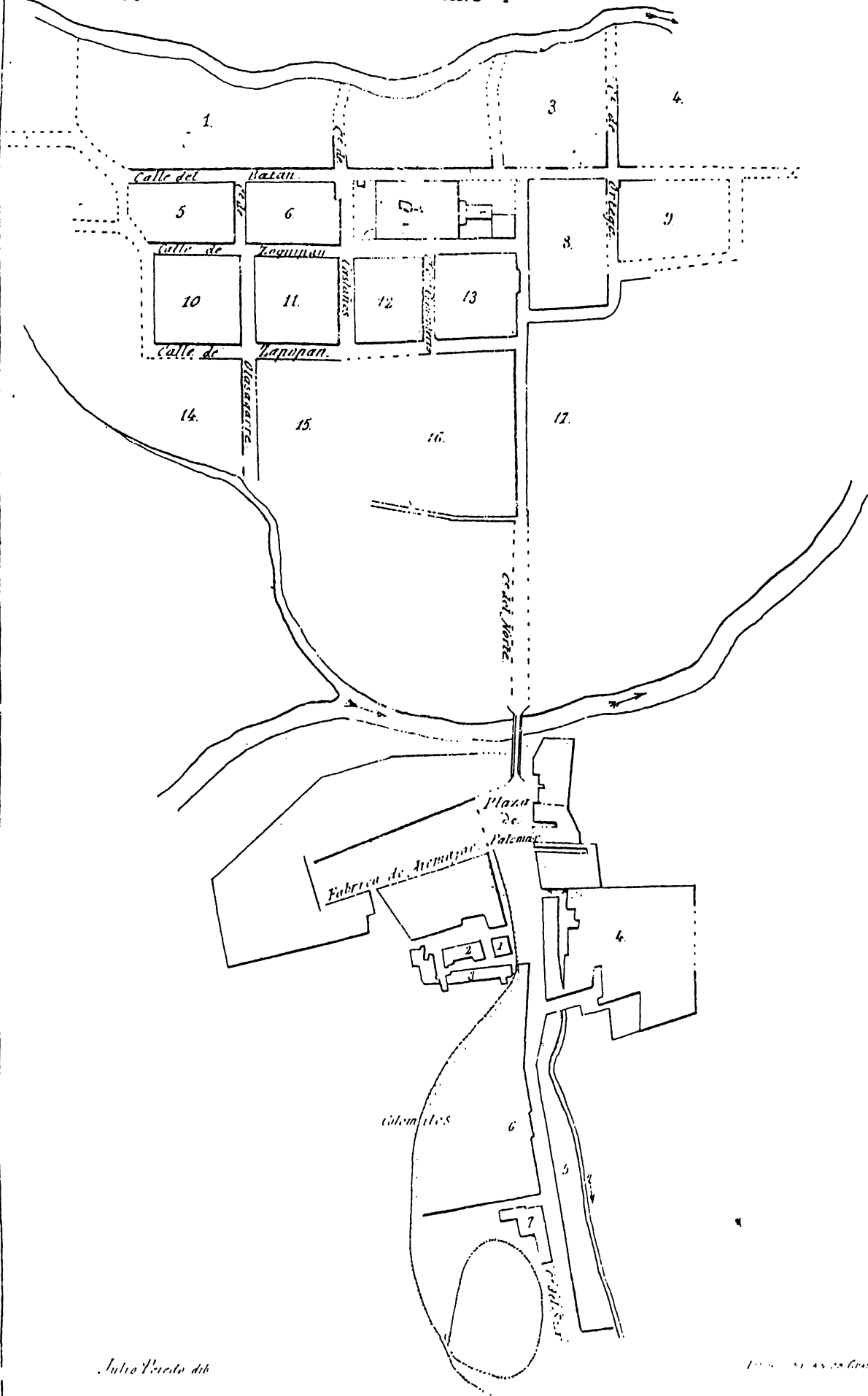
ESCALA 1:8000

Estado del Imperio
de
ATEMAJAC.

Relacion = 1:5000

1884.

PLANO 4



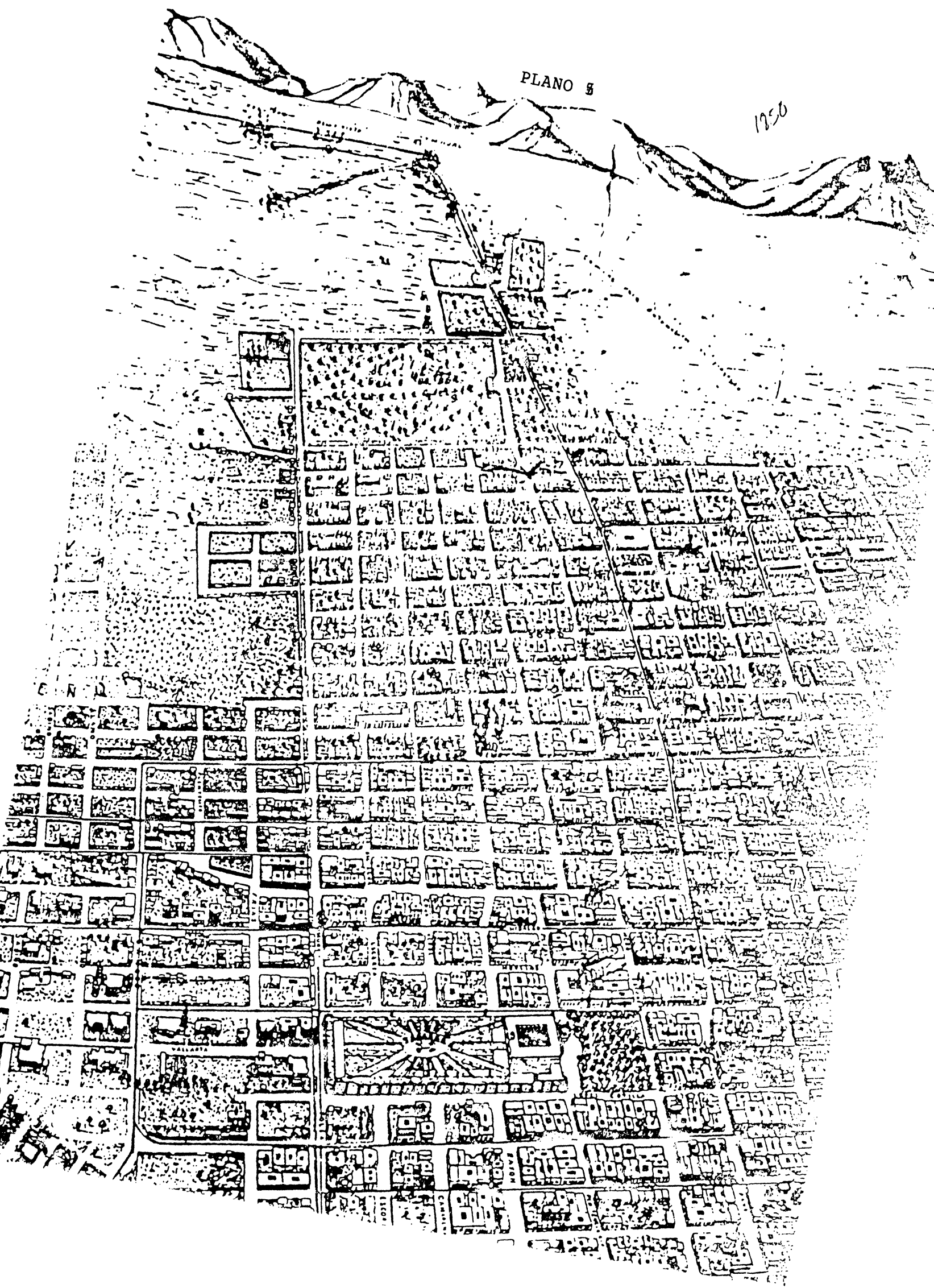
1775
1776
1777
1778
1779
1780
1781
1782
1783
1784
1785
1786
1787
1788
1789
1790
1791
1792
1793
1794
1795
1796
1797
1798
1799
1800

Julio Pardo dib

Impreso en la Oficina de la Casa del Estado

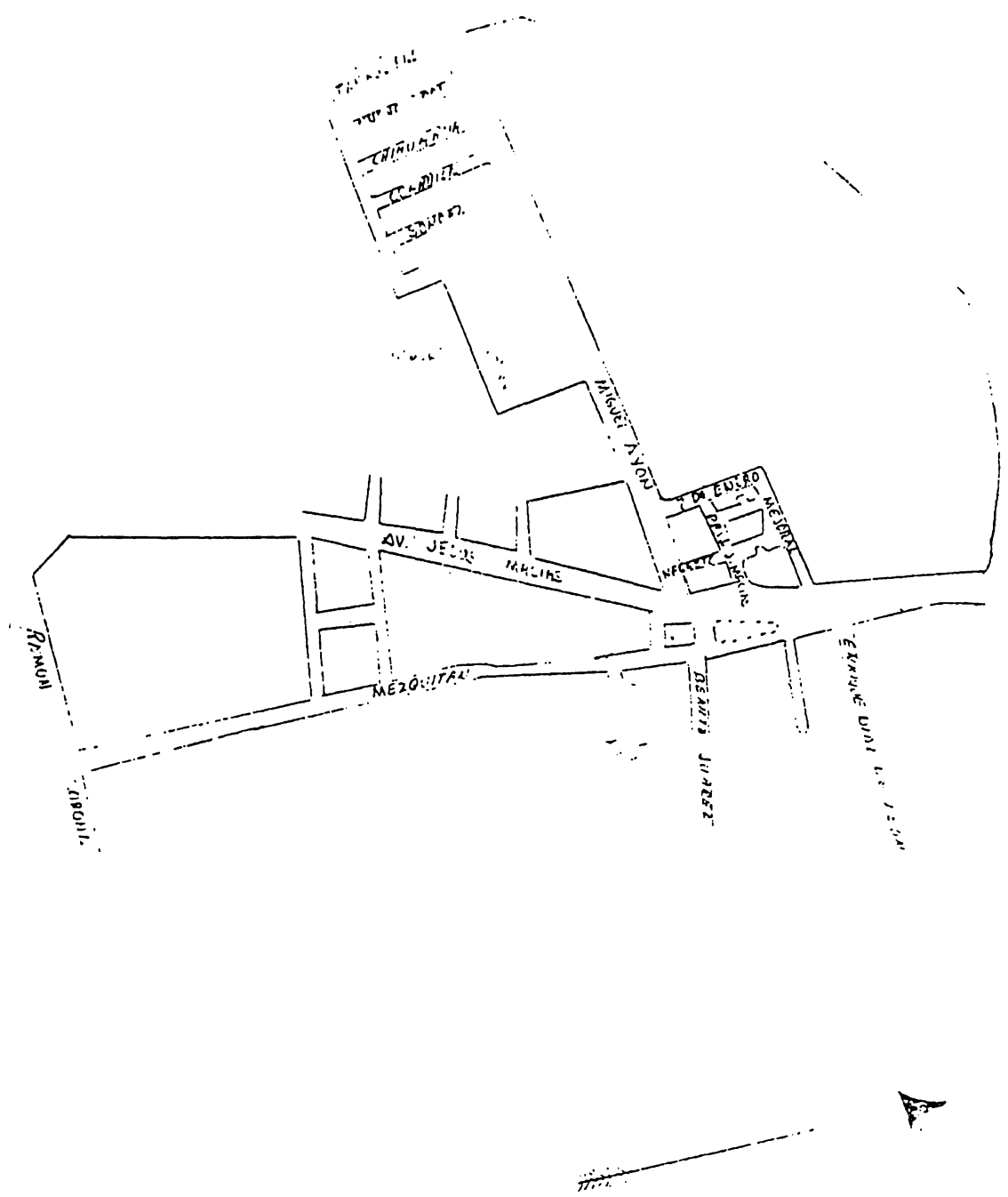
PLANO 8

1950

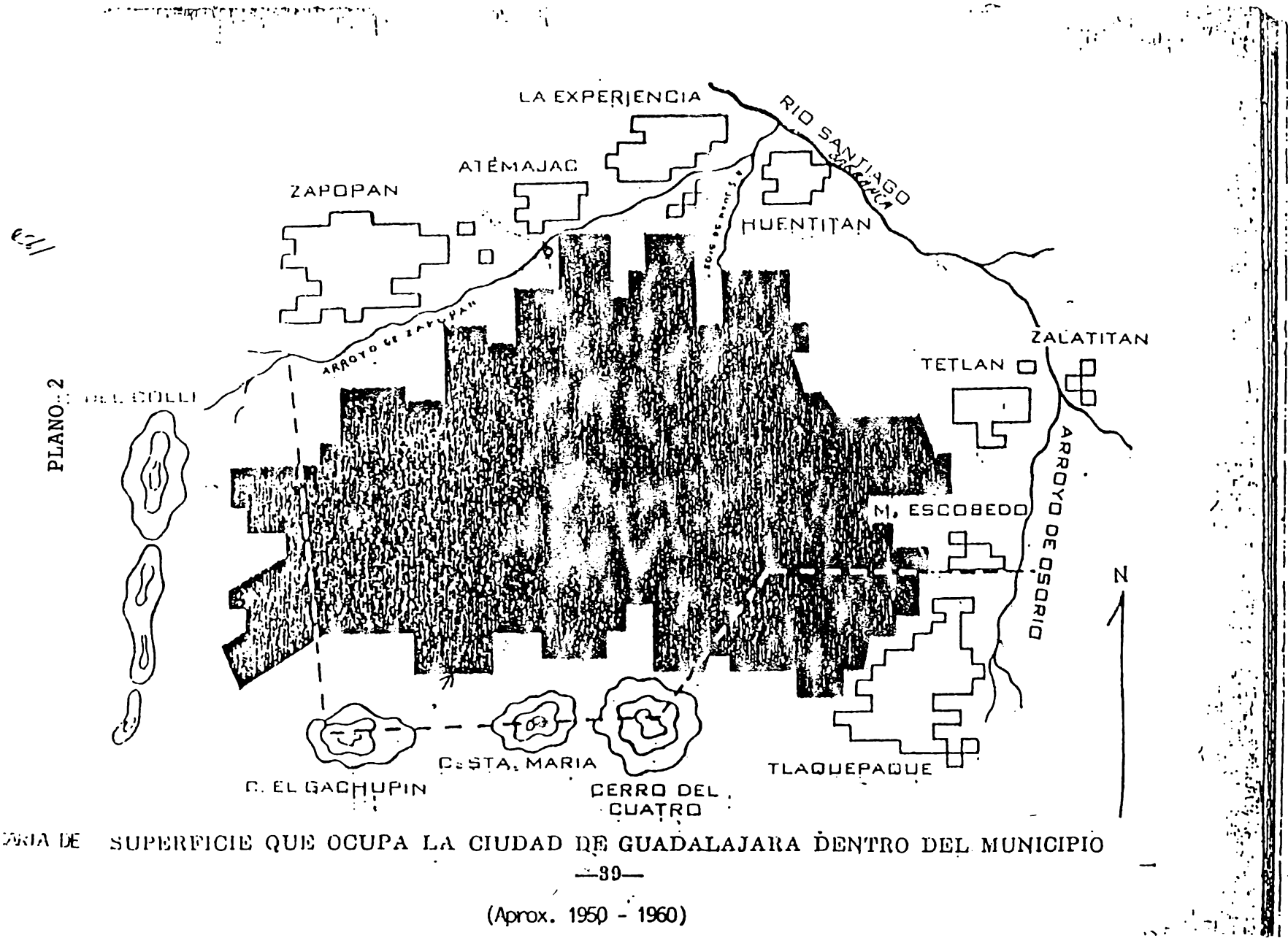


1942

PLANO 6



9. - FABRICA DE ATEMAJAC (1949)



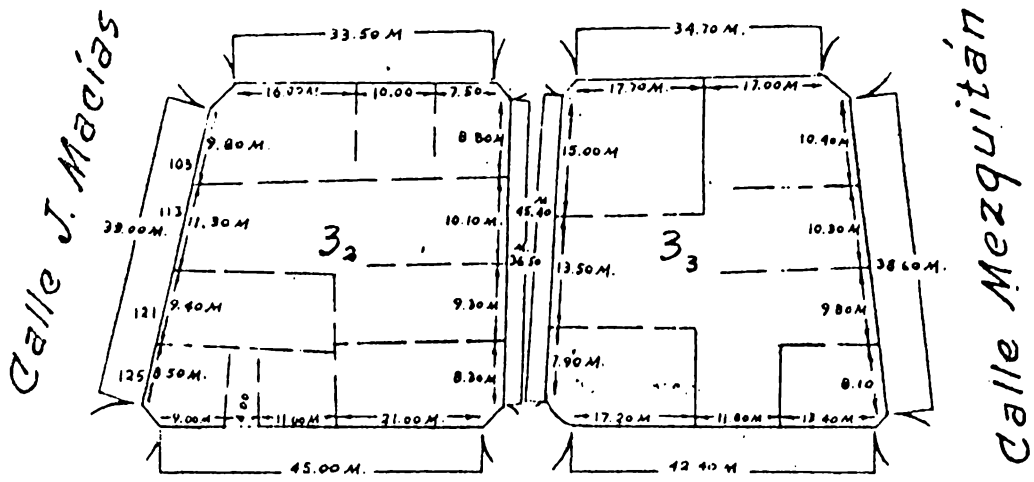
1.- CARTA DE SUPERFICIE QUE OCUPA LA CIUDAD DE GUADALAJARA DENTRO DEL MUNICIPIO

(Aprox. 1950 - 1960)

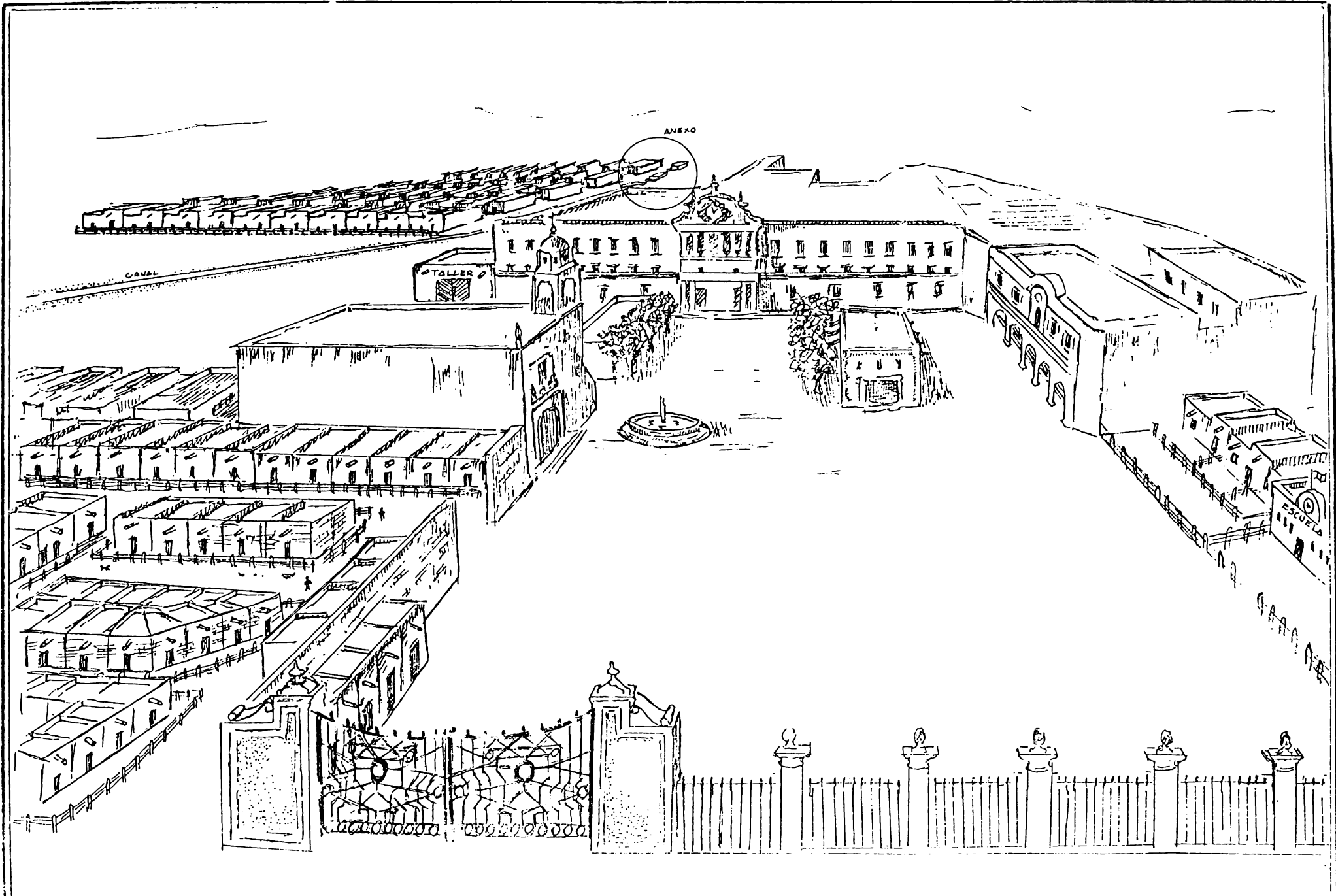
PLANO 8

1949

Fábrica de Atemajac
Manzanas 3₂ y 3₃ (Prov.)

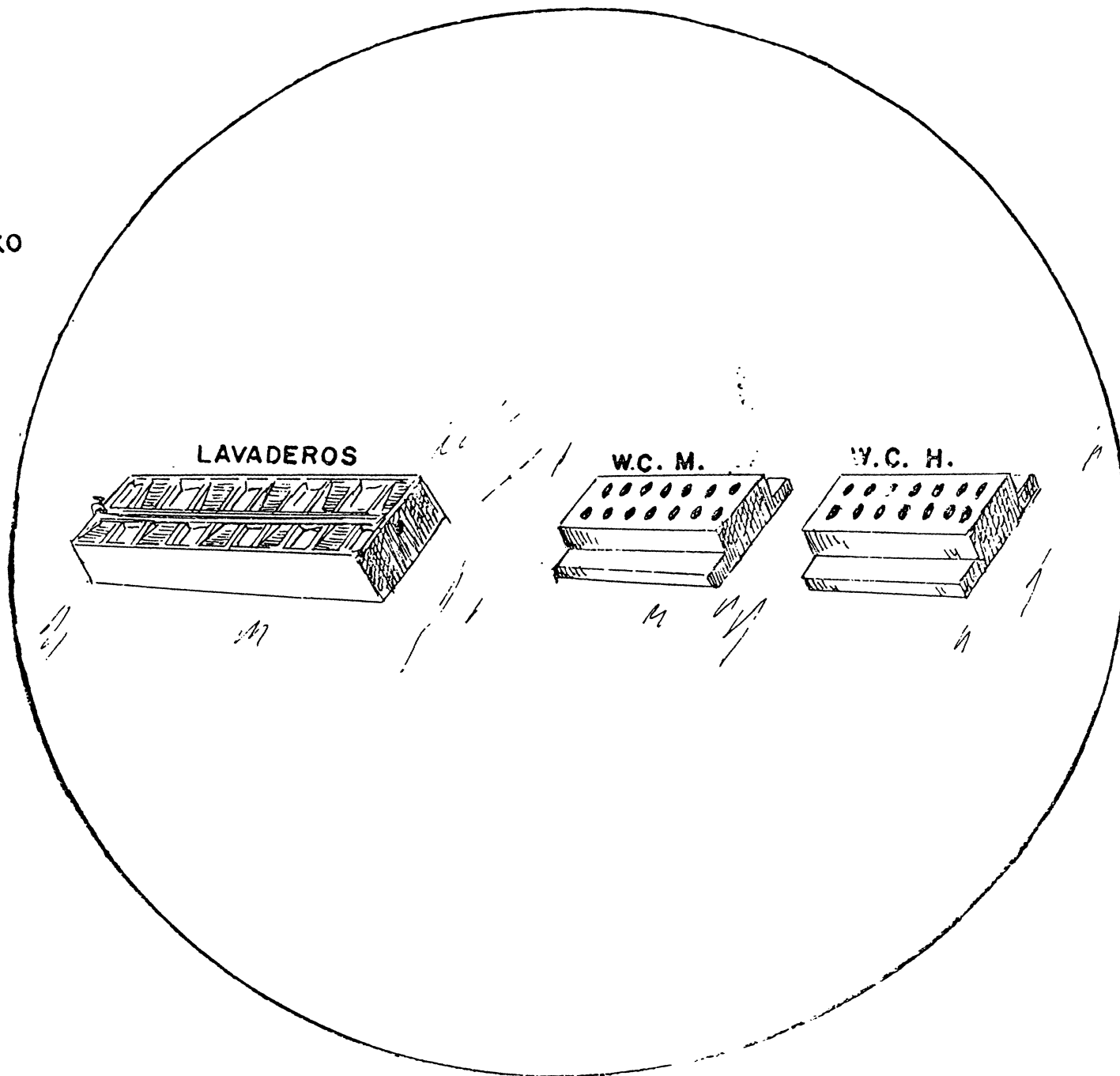


GRABADO 1



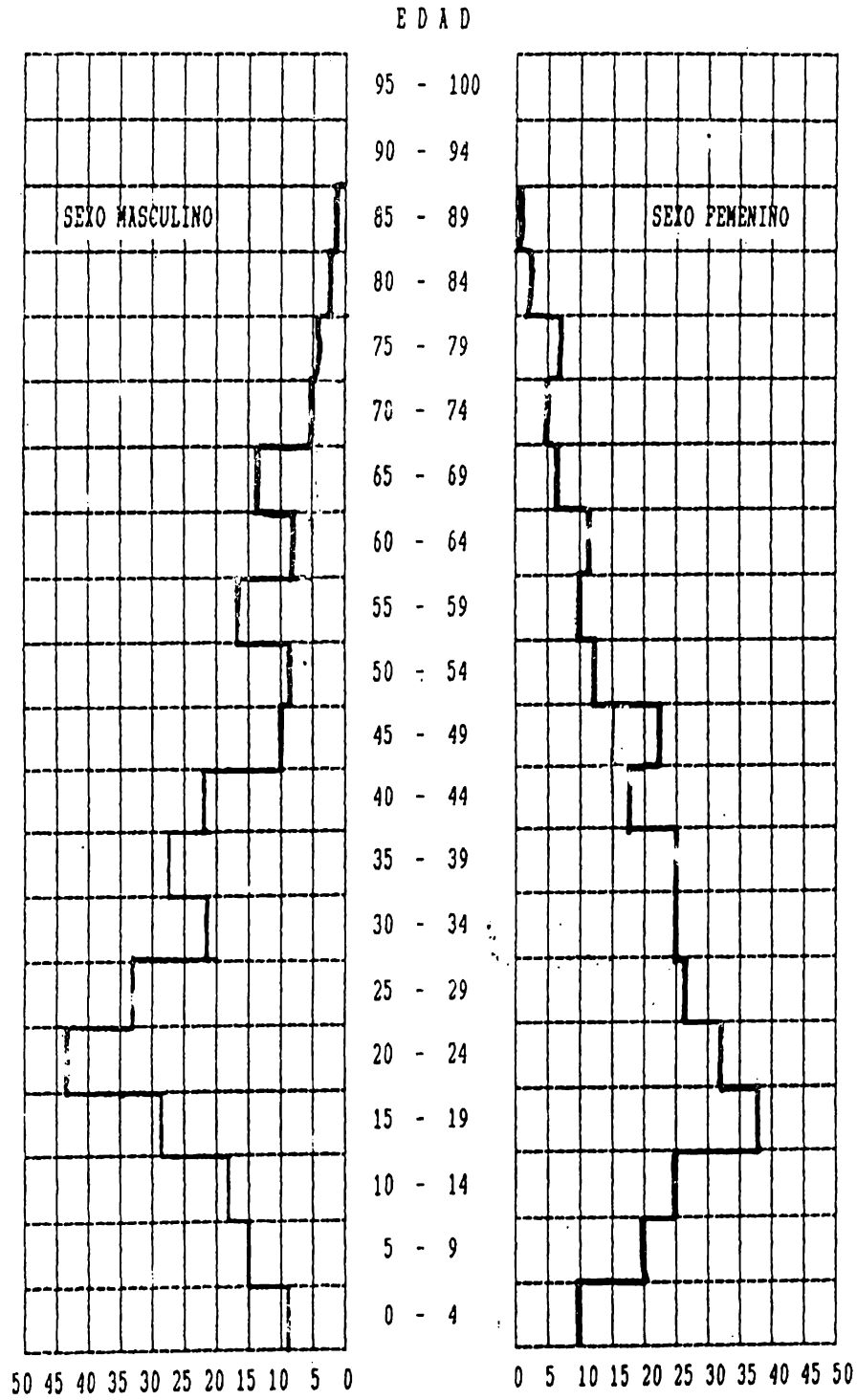
ANEXO

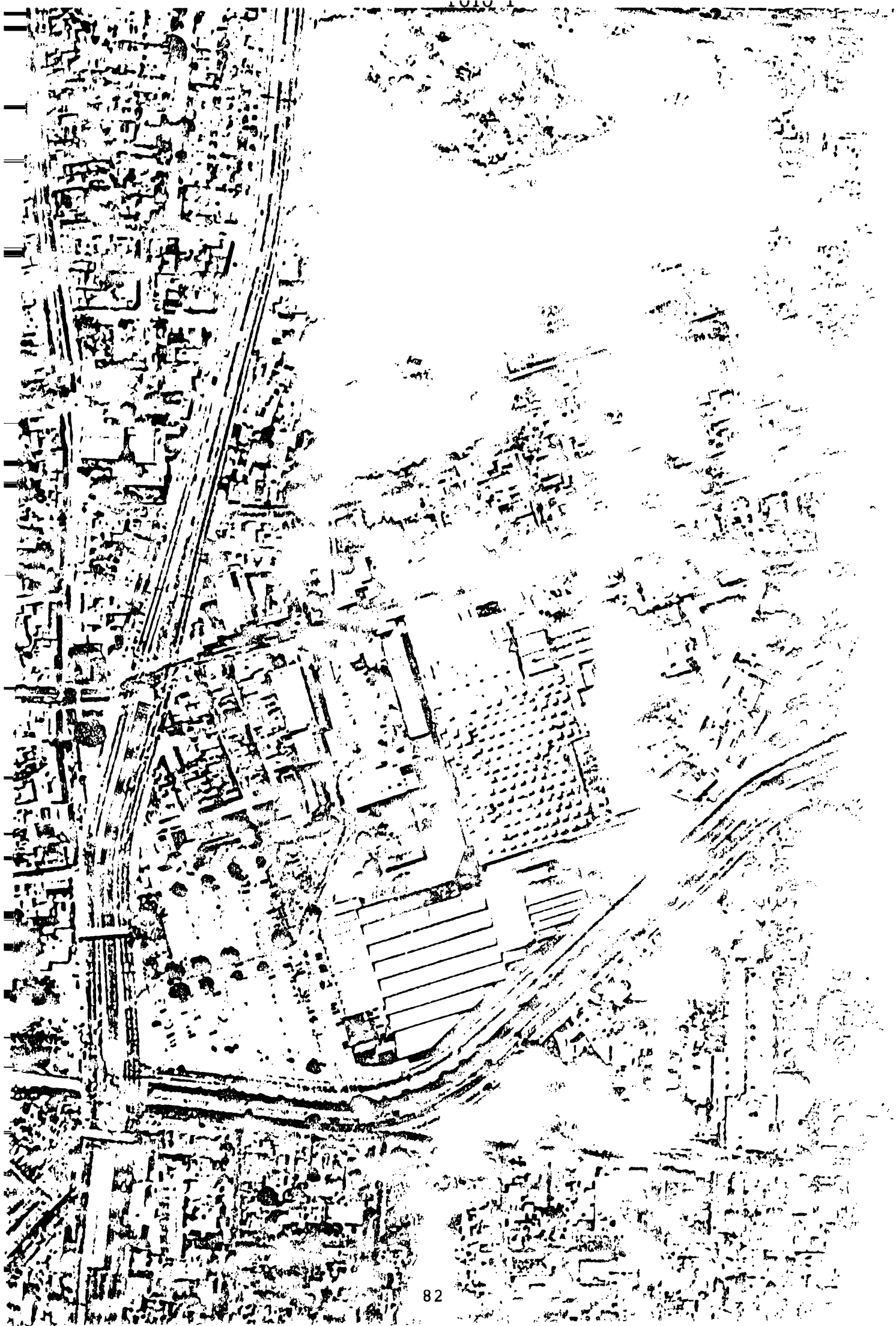
GRABADO 2

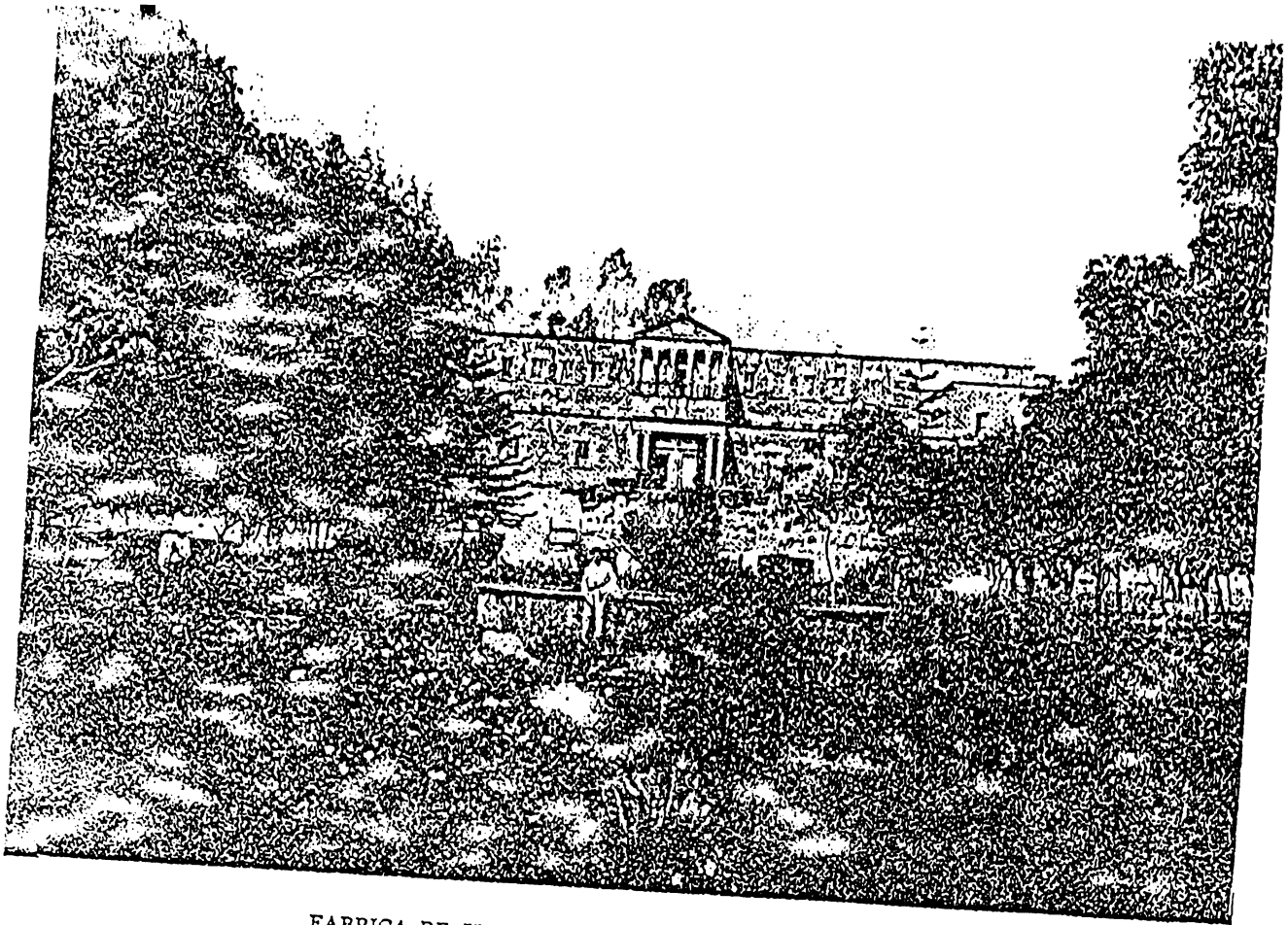


GRAFICA 1

PIRAMIDE POR EDAD Y SEXO
 COLONIA OBRERA DE LA FABRICA DE HILADOS Y TEJIDOS ATEMAJAC DEL VALLE
 ZAPOPAN, JALISCO, JULIO 1991

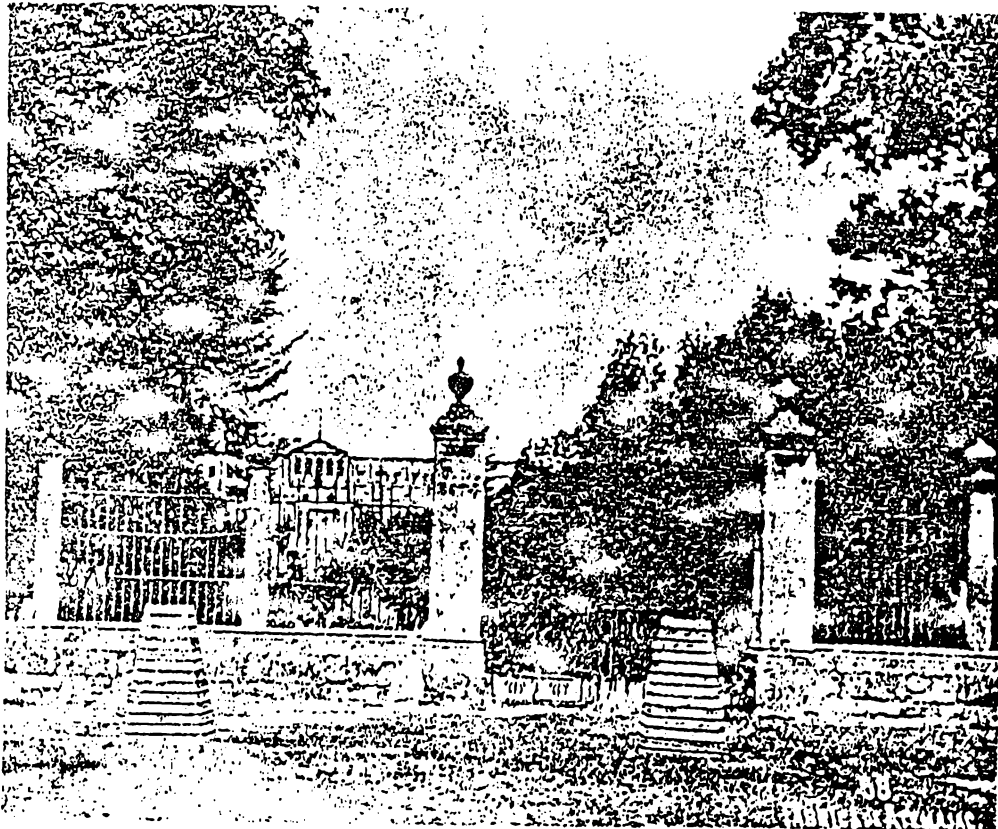






FABRICA DE HILADOS Y TEJIDOS DE ATEMAJAC

FOTO 2



Fabrica de Atemajac.

FOTO 3
83

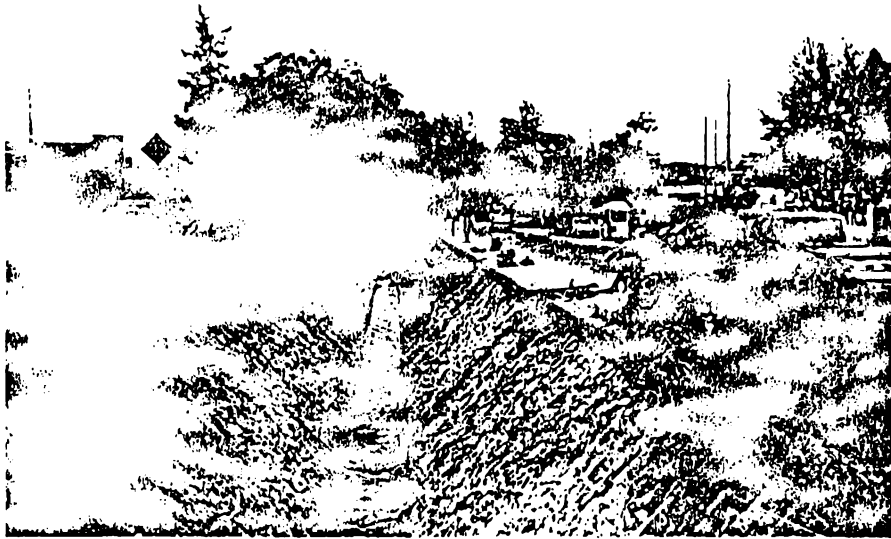


FOTO 4

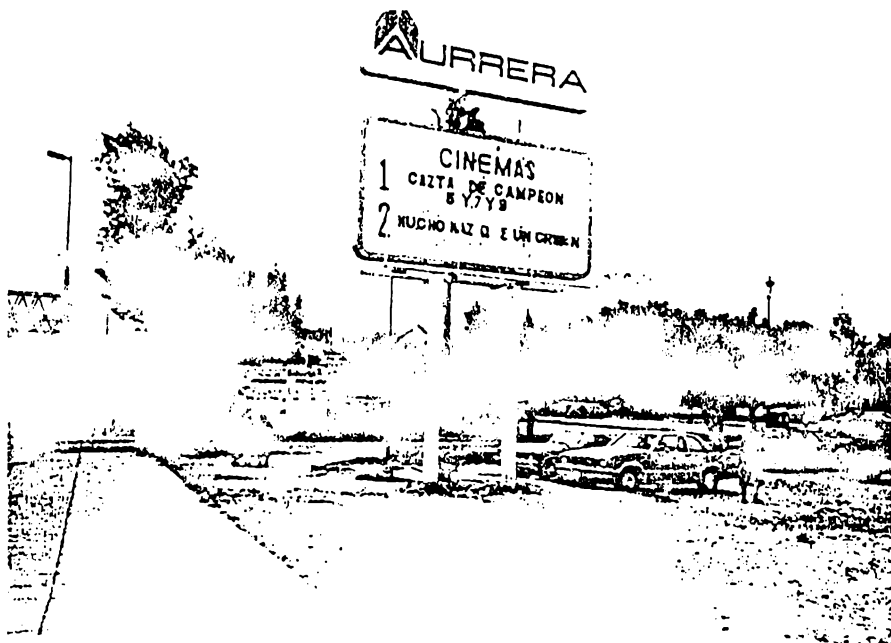


FOTO 5

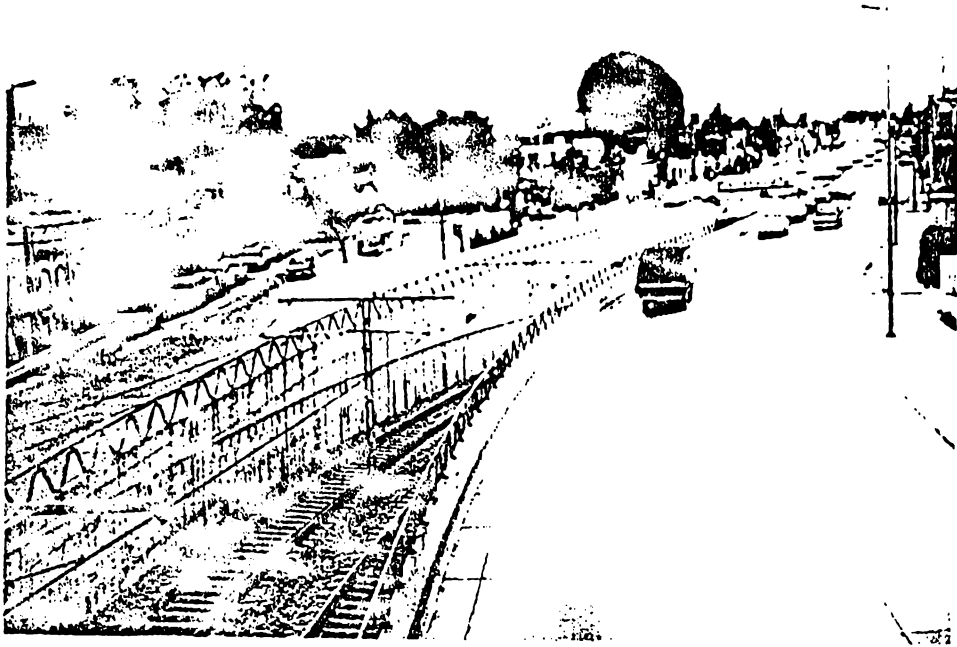


FOTO 6

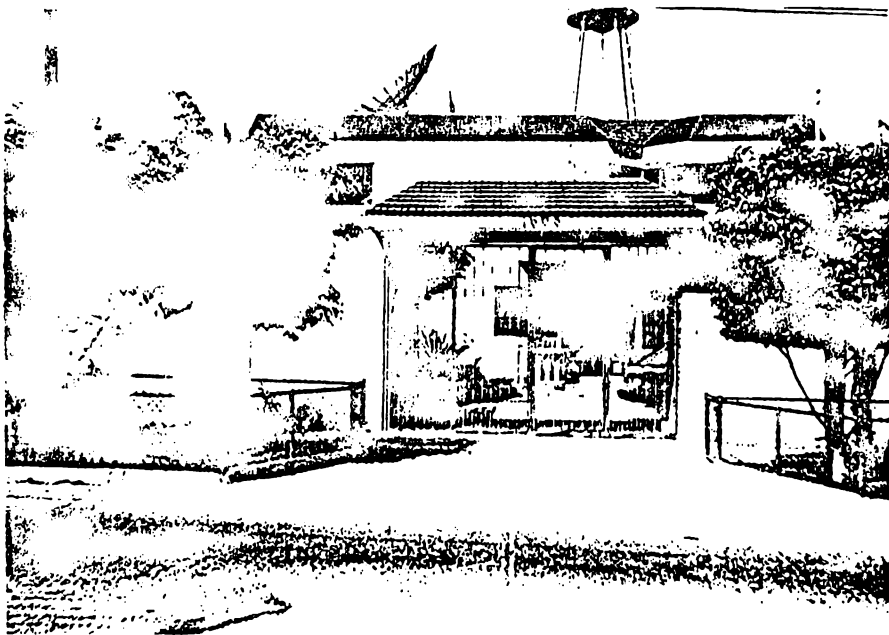


FOTO 7

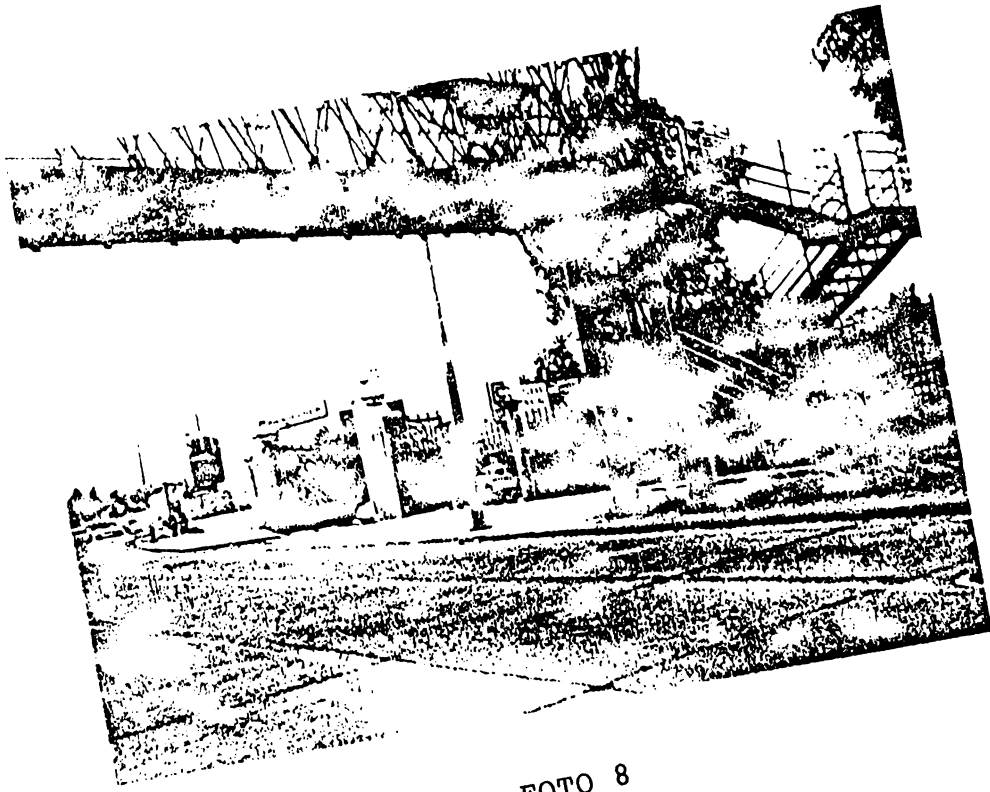


FOTO 8

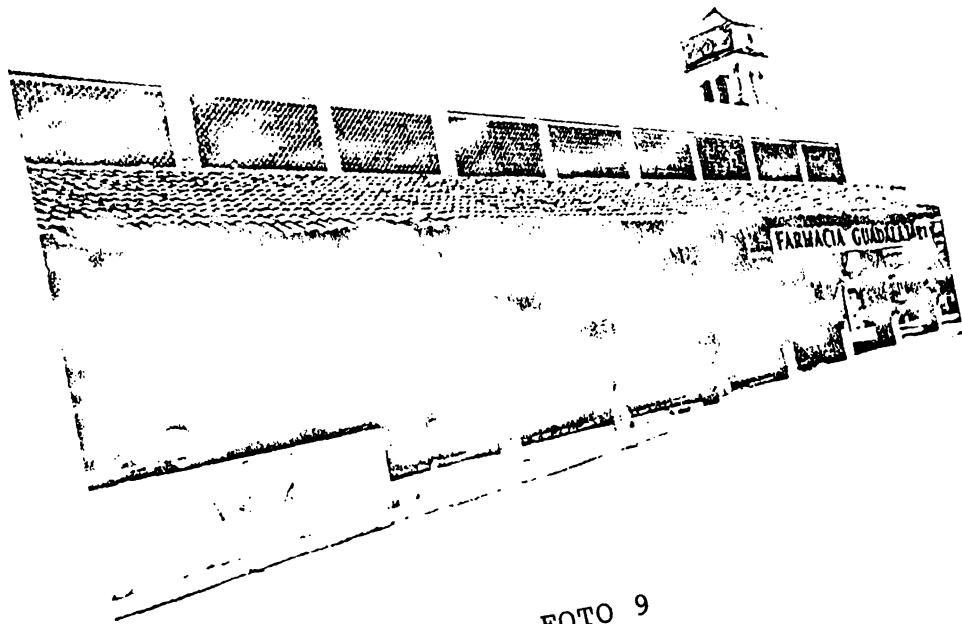


FOTO 9



FOTO 10



FOTO 11

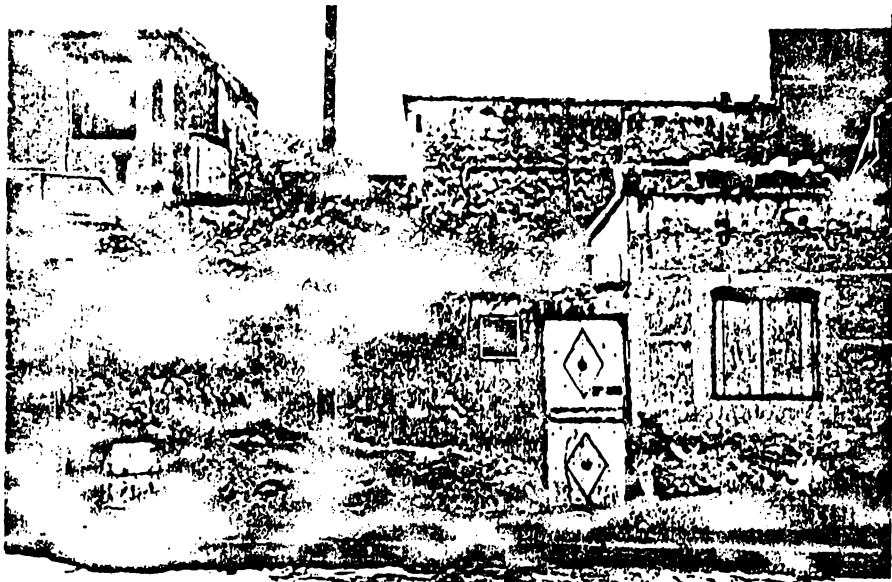


FOTO 12

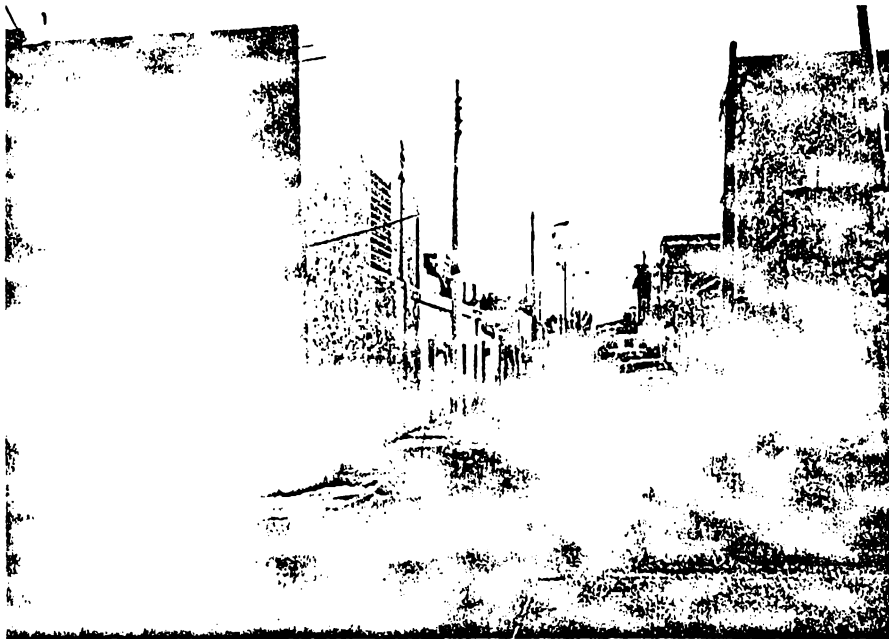


FOTO 13 ,

3. MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1. INTRODUCCIÓN

De Acuerdo con Giménez (1987), estudiar la cultura desde la perspectiva de las ciencias sociales resulta complejo por la polivalencia semiótica del término, y aun acotándolo a la antropología, nos encontramos con una diversidad de interpretaciones, acordes con los intereses teóricos y metodológicos utilizados para la construcción del concepto.

En nuestro caso el problema es más complejo, ya que se trata de conjuntar cultura y salud, término que también presenta connotaciones diversas, derivadas de su uso y aplicación, matizados a su vez por un saber y una práctica hegemónicos, donde lo social es asimilable a una naturaleza que se manifiesta objetiva a través de leyes invariantes, como lo podría ser la curva normal o la explicación casuística de la realidad. Esta situación nos ubica en una interesante intersección de las ciencias sociales y las de la salud, que demanda la conciliación de lo social y lo biológico mediante la toma de distancia de lo segundo por la intermediación de la antropología; se requiere, entonces, darse a la tarea de relacionar dos elusivos términos: cultura y salud. Para el efecto, consideré que debía apegarme a lo clásico, a la práctica científica artesanal, al método iterativo, del ensayo y el error, de acuerdo con mi historia y circunstancia al realizar esta disertación doctoral: así entonces, utilicé el enfoque construccionista que proponen los estudiosos de la cultura como Bourdieu, “se trata de un trabajo de larga duración, que se realiza poco a poco, mediante retoques sucesivos y toda una serie de correcciones y rectificaciones dictadas por lo que llamamos la experiencia” (Bourdieu y Waquant, 1995).

El relacionamiento de los términos cultura y salud ha sido realizado por diversos autores como Eisemberg (1977), Fitzpatrick (1990) y Vargas (1989), quienes entienden esta relación como una pauta entretejida del lenguaje y de creencias en torno a una afección, donde se distinguen los pacientes que sufren

malestar y los médicos que tratan o diagnostican enfermedades.¹ Sin embargo, este entramado no es el resultado espontáneo de una acción singular, sino de una compleja y multifactorial historia de significados y prácticas, que dan un resultado sincrético, debido a la procedencia dispar y distinta de sus fuentes de origen.

Una ojeada a nuestro pasado cultural en salud o aprendiendo de la historia

La medicina escolástica de tradición galénica, apoyada no sólo en las aulas universitarias, cuenta con la solidaridad del comercio, la economía y la política ejercida con y para la metrópoli, produciendo un bajo nivel de aculturación en dirección de abajo arriba. Si parafraseamos estos conceptos, nos encontramos que en el clima cultural actual, aunque presenta una diversidad sin par, la visión social de los que deciden las acciones de salud para la población no se ve afectada por el punto de vista de los sujetos a quienes se les van a aplicar los programas sanitario-asistenciales; en el caso de la hipertensión arterial, las causas, el diagnóstico, el tratamiento y pronóstico siguen siendo formulados de arriba abajo; por ejemplo: en un artículo de la prestigiosa revista *Science* (Brown y Goldstein, 1996) eminentes investigadores norteamericanos se “quejaban” de que no podrían impactar el problema de las enfermedades cardiovasculares (en Estados Unidos de Norteamérica y en el mundo en desarrollo) adecuadamente si no se les otorgaba mayor presupuesto para la investigación biomédica en sus áreas de trabajo.

En México, el *shock* cultural lo padeció con mayor magnitud el mestizo, producto de las culturas en conflicto y situado socialmente en medio de ellas; de ahí que haya realizado una estrategia selectiva escogiendo conceptos galénicos

¹ Se entiende como malestar la experiencia de cambios menguantes en estados de ser y en la función social del paciente. En cambio, la enfermedad es una anomalía de función o estructura de órganos o sistemas corporales.

de la medicina áulica española,² elementos de la medicina prehispánica y también de la africana, para construir un sistema coherente de ideas y prácticas preventivo-curativas de la enfermedad, donde precisamente lo racional y lo irracional se entretujan, y permiten explicaciones alternativas, sin contradicción alguna. Esta visión gozó de privilegio durante el período inmediato a la independencia nacional (Aguirre, 1963), ya que en seguida entró en conflicto con la visión positivista y racionalista importada desde Francia y que tuvo su máximo esplendor durante la época del porfiriato.

Con esta nueva visión social la enfermedad deja de ser un fenómeno de masas para constituirse en una forma de vida, más que de muerte. Luego que la medicina de inicios del siglo XX demostró su eficacia para atacar las causas de muerte prevalecientes en el siglo XIX,³ se va sustituyendo la visión religiosa de ellas; a raíz del desarrollo social, la enfermedad se va ligando al trabajo,⁴ y al enfermo al lugar que ocupa en el proceso de producción, individualizándolo, pero a la vez convirtiéndolo en una condición social, con nuevas relaciones con la sociedad (Herzlich y Pierret, 1988).

Al terminar el siglo XIX (y pasar el período revolucionario) se entra en una nueva época (en Atemajac), con conceptos⁵ y acciones diferentes para luchar contra las enfermedades. Lo que en adelante se haga tendrá que enmarcarse con otros conocimientos y teorías, el corte histórico se impone (Martínez, 1987). Los

² Cooper (1980) señala que, en 1813, para el doctor Sagaz la principal causa de la epidemia de ese año era que "la inclemente variación de la estación caliente a la fría ha tenido el efecto de juntar ciertos gases que enervan el organismo. Esto disminuye el flujo de ciertas secreciones, cuyos humores fluyen a las cavidades del cuerpo, y de allí al volumen de la sangre, donde se distribuyen en por mayor o menor cantidad, produciendo hemorragias y petequias y una serie de anomalías nerviosas que se observan con estas fiebres. Esto lo he comprobado mediante mis observaciones, y con las que otros profesores han hecho en Andalucía".

³ Esta visión de mestizo es la que originalmente desarrollaron los primeros pobladores de la colonia industrial de la fábrica de Atemajac, y que posteriormente va a cambiar en el período revolucionario, al desarrollar las primeras luchas sindicales en pro de condiciones de trabajo y de vida dignas, donde precisamente las mujeres en su doble o triple carácter de obreras, madres y esposas, lo percibieron con la claridad que su género las caracteriza; sin embargo, habrá que tomar en cuenta que este cambio es históricamente reciente y se desarrolla de manera paulatina y parcial.

⁴ Obsérvese en el capítulo anterior que ningún obrero de la fábrica de Atemajac, durante el siglo XIX, fallece por causa similar a la de José Palomar y Rueda, dueño y fundador de aquélla.

⁵ Compárense los nombres de las causas de muerte del siglo XIX con las del XX en la población de la fábrica de Atemajac.

científicos sociales, los antropólogos, sociólogos e historiadores fueron los primeros en hacer conciencia de que el proceso salud-enfermedad-atención no se reduce a puros aspectos orgánicos o biológicos, y superando lo anecdótico, dejaron atrás lo meramente descriptivo, y demostraron de manera dinámica la influencia de la sociedad, a su vez marcada por la cultura.

La historia recrea estas tesis a lo largo del desarrollo del saber y las prácticas médicas, sean éstas especializadas o populares, lo que nos muestra fehaciente y repetidamente la construcción social del proceso salud-enfermedad-atención; sin embargo, quiero aclarar que no pretendo hacer historia, ni obrar como historiador, simplemente dar una muestra, a mi manera, de la riqueza de esta perspectiva e introducirla al tema de salud, cultura y sociedad.

Lo anterior es importante para mi disertación debido a que me baso en el supuesto de que la enfermedad, como realidad social, ha tenido diferentes connotaciones a través del tiempo, por lo que los significados actuales distan mucho de los anteriores, sin dejar de tomar en cuenta que en un medio cultural híbrido como el nuestro, las herencias, principalmente mexicana y española, han dejado sus improntas culturales y genéticas en la cultura médica poblacional actual .

Por ello, en lo que toca a la visión aborígen de la enfermedad, no debemos perder de vista que existe, en las interpretaciones tradicionales, una tendencia a poner un interés excesivo en los elementos racionales de los saberes y las prácticas desarrollados por los antiguos mexicanos, y relegar a simples alusiones el contenido profundamente emocional de las enfermedades, de sus posibles causas, su diagnóstico y tratamiento (Aguirre, 1963), minimizando los elementos “irracionales” que precisamente ponen de manifiesto la interconexión entre salud, cultura y sociedad. Así, por ejemplo, en la medicina náhuatl el clima en que se desenvuelve el proceso salud-enfermedad-atención es de misticismo, “los hombres de la medicina azteca participan de los atributos sagrados de los sacerdotes, la ira incontrolable de los dioses es causa de la enfermedad y en el diagnóstico y el tratamiento intervienen las fuerzas divinas”. Ahora bien, si en una

sociedad poco diferenciada como la azteca, la población posee conocimientos básicos de medicina, en términos de causas, signos y síntomas, y tratamiento, para cierto tipo de males "menores", es decir, donde la ayuda del especialista parece innecesaria --nótese que esta visión de mundo, con la debida proporción y medida, se perpetúa hasta nuestros días--, en el México que ve llegar un siglo XXI, pleno de tecnología médica esperanzadora, la población impactada por una crisis extendida se angustia por la gravedad o la sordidez de los síntomas de las enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, o porque el malestar que provocan se torna inmanejable por razones sociales, económicas, políticas y culturales.

El antiguo *ticitl*, en un abrir y cerrar de ojos históricos, se ha transformado en médico familiar que contrasta su biomedicina empírica y racionalista con la etiología del pecado del paciente, en quien el concepto de dependencia, como en los antiguos mexicanos, funciona adecuadamente y coexiste con la práctica mágico-religiosa (López, 1975), lo que provoca que el espacio sociomédico institucional actual, donde se mueve la mayor parte de nuestra población, cada vez menos proyecta esa angustia y hostilidad dentro y entre los grupos antaño conformados; el susto, el coraje, los nervios y la hipertensión se mezclan y diferencian en una visión que ha sido y es enfrentada al conquistador pre y posmoderno, para defender las raíces culturales médicas de la población, que en el caso de la población indígena, para el tiempo de la colonia notablemente disminuida y mezclada, ve reforzada su visión de desobediencia y castigo, desde la posición de los vencidos.

Esta visión fue hábilmente aprovechada por la religión para integrar la representación del "buen morir", otorgándole a la enfermedad la función positiva de advertencia y redención (Herzlich y Pierret, 1988), funciones médico y políticamente actualizadas en el Estado neoliberal, el que enfrenta las enfermedades crónicas y degenerativas tratando de integrar, en la población

actual, la representación de que “la salud es negocio de todos”.⁶ El problema de fondo en la colonia fue, y como riesgo sigue siendo ahora, que el sistema de castas (léase sistema de desigualdad social) impuesto por los vencedores no permitió la integración social y favoreció la supervivencia de la cultura de los vencidos, como cultura diferente.

La visión social de la enfermedad en los anteriores dominadores, a decir de Aguirre (1963), también permanece diferente a pesar del clima mágico que la rodea, pues tiene dispositivos teórico-prácticos que la defienden y retroalimentan.

La perspectiva presente

La revisión de la literatura sobre la percepción social del proceso salud-enfermedad-atención nos remite a variadas líneas de reflexión teórica y numerosos trabajos de investigación, que en el caso de la hipertensión arterial nos lleva a considerar tres líneas disciplinarias complementarias:

1) Un enfoque médico epidemiológico más centrado en la enfermedad y su atención.

2) Un enfoque sociológico y antropológico médico orientado a la comprensión del paciente en su contexto sociocultural.

3) Un enfoque psicosocial que aborda las representaciones sociales de la enfermedad (tratado en capítulo aparte).

3.2. EL ENFOQUE MÉDICO EPIDEMIOLÓGICO

Antecedentes históricos

⁶ Cabe señalar que hace un par de décadas el Estado pretendía aún enfrentar la problemática de la salud-enfermedad-atención desde una perspectiva paternalista.

Durante un siglo, los médicos han concentrado sus esfuerzos en diagnosticar y tratar la hipertensión arterial, la cual, a decir del dramaturgo Jules Romains, es “un triunfo de la medicina” (Romains, s.f.), una entidad definida por los números, más que por los signos y síntomas clínicos convencionales; esto hace de la “hipertensión” la enfermedad de la civilización, del orden y el progreso, como señala el lema positivista inscrito en la bandera brasileña. Este concepto ha sido atemperado por los epidemiólogos al definir la hipertensión arterial como una enfermedad de “civilizaciones envejecidas” (Riessman, 1996), “que han vencido a las enfermedades infecciosas y la mortalidad infantil”, lo cual en parte es cierto, la hipertensión arterial es producto de la medicina moderna, es una de sus invenciones, sin embargo, este descubrimiento se cristalizó como resultado de los fines comerciales de las compañías de seguros.

La presión arterial como objeto de investigación inició en 1773, cuando el reverendo Stephen Hales midió la presión en la arteria crural de una yegua de manera directa, utilizando un tubo de cobre; posteriormente, en 1856, Faivre, un cirujano de Lyon, conectó a las arterias femorales o humerales, de pacientes a los cuales practicaba amputaciones, un manómetro de mercurio, registrando presiones de 115 a 120 milímetros;⁷ sin embargo, los médicos pretendían llegar a medir la presión arterial por métodos menos riesgosos (hoy los llaman invasivos); el primero en lograrlo fue Víctor Basch, en Viena, quien inventó un esfigmomanómetro que medía la presión arterial sistólica (Basch, 1880); el objetivismo prevaleciente en la medicina durante esa época hizo que Scipione Riva-Rocci, en 1896 (hace cien años), inventara el esfigmomanómetro que mide la presión arterial sistólica y diastólica, tal como actualmente lo conocemos (Riva-Rocci, 1896); nueve años más tarde, en 1905, Nicolai Koroktkoff, durante el desarrollo de su tesis doctoral sobre el diagnóstico y tratamiento de traumas arteriales y venosos, en San Petersburgo, clasifica los ruidos de las arterias comprimidas por el manguito del aparato de Riva-Rocci (Koroktkoff, 1905). Desde

⁷ Vashide and Lahy se refieren a estas mediciones en humanos, pero no mencionan los nombres de los investigadores (Vashide, 1902).

el punto de vista teórico, en 1881, Marey en su trabajo sobre la circulación sanguínea en salud y en enfermedad, perfecciona el esfigmógrafo y plantea el concepto de variabilidad de la presión arterial, el cual servirá de base para la teoría del daño celular, ya que en 1899 la hipertensión arterial era considerada como la causa de la albuminuria (Marey, 1881).

Desde entonces se han desarrollado técnicas invasivas y no invasivas para medir la presión arterial; en estos momentos lo más actual es el monitoreo electrónico ambulatorio de 24 horas, por telemetría. El desarrollo de estos sistemas de medición trajo consigo la detección de factores de riesgo, que originalmente fueron marginales, como la altitud, el ejercicio, la digestión, la menstruación, hasta llegar a la medición de factores de riesgo con fines predictivos, y precisamente fueron los médicos de las compañías de seguros quienes dieron "el grito de alarma"; destacan entre ellos los doctores Fischer y Moritz (directores compañías de seguros) al informar en el primer congreso de médicos de compañías de seguros, celebrado en Bruselas en 1899 (Moritz, 1899), que *la apoplejía era una de las causas más importantes de pérdidas* en las compañías de seguros. Fischer desde 1907 preconizaba la toma de la presión arterial sistemática en los asegurados como medida predictiva y llegó a la conclusión que no había que aceptar personas con presión sistólica mayor de ¡140 mm de Hg! (Fisher, 1914).

Así, en 1909 un tercio de las principales compañías de seguros tomaban sistemáticamente la presión arterial a sus futuros clientes. Y a partir de la segunda década de este siglo XX las compañías de seguros desarrollan grandes estudios epidemiológicos; Theodore Janeway hace el primer estudio de cohorte en sus pacientes privados (Janeway, 1913) y W. H. Frost estudia medio millón de asegurados para la compañía metropolitana de Nueva York .

En 1941 más de nueve mil médicos norteamericanos trabajaban para las compañías de seguros y, en 1949, este movimiento culmina cuando el servicio de salud norteamericano crea el Instituto Nacional del Corazón, cuyo objetivo inicial era investigar en un pequeño pueblo cercano a Boston, Framingham, las

condiciones relacionadas con la cardiopatía asintomática (Dawber, Kannel y Lyell, 1963).

Estudios recientes, sus posibilidades y limitaciones

A partir del estudio de Framingham se desarrollaron una serie de investigaciones tendentes a determinar el riesgo de padecer hipertensión arterial, es decir, estos estudios se orientaron a explicar relaciones causales mediante el enfoque hipotético deductivo, con una epidemiología cada vez más matematizada; sin embargo, también surgió la necesidad de comprender el porqué del porque, por lo cual se empezaron a desarrollar de manera complementaria los grandes estudios epidemiológicos, investigaciones para determinar y establecer la asociación entre características cognitivas y la frecuencia de hipertensión arterial, con objeto de identificar factores útiles para prevenir o atender adecuadamente la enfermedad. El estudio realizado en Finlandia, conocido como el proyecto del norte de Karelia, Nissinen y colaboradores, muestra que el impacto de un programa integral de educación sobre hipertensión aumentó los conocimientos sobre las conductas de riesgo, pero también el consumo de medicamentos antihipertensivos; sin embargo, incidió muy poco sobre las cifras tensionales de la población general, las cuales permanecieron, incluso, ligeramente altas (Nissinen y cols, 1988). Un ejemplo más lo constituye uno de los resultados del "Estudio coordinado para el control de la presión alta" realizado en cuatro estados de Estados Unidos; la evaluación efectuada en California señala que no existe una correlación entre conocimientos, prácticas de atención y control de la enfermedad. En cuanto a la lógica de las explicaciones causales, se aluden factores poblacionales, como la heterogeneidad racial, educativa y económica, así como el incumplimiento de las indicaciones médicas en puntos clave del sistema de control (Leonard y cols, 1981; Bohnsted y cols, 1987); cabe señalar que esta investigación brindó como

aportación fundamental la decisiva relevancia de tomar en cuenta las quejas de los pacientes para incrementar la permanencia en el tratamiento.

Otros investigadores, como Long, Pariente, Salen y Tap (Long y cols, 1988), en Dakar, Senegal, encontraron, al igual que Nissinen y Leonard, que los enfermos tenían una “alta” conciencia de su enfermedad, pero el control terapéutico de la hipertensión arterial fue “bajo”; sin embargo, en este estudio se reportó como hallazgo adicional la existencia de un “alto” porcentaje de diagnósticos falsos positivos en individuos etiquetados por el médico como hipertensos, lo cual adiciona un factor más a la complejidad del proceso salud-enfermedad-atención.

Desde la perspectiva médica, los estudios realizados bajo el enfoque clínico-epidemiológico aportaron información útil para establecer perfiles de riesgo, contruidos a partir de variables individuales agregadas, como las ya señaladas, es decir, se usaron ciertas características variables como los conocimientos, las actitudes y conductas asociadas al riesgo de padecer hipertensión o su control medicamentoso; en otras palabras, determinaron la probabilidad de que los miembros de una población definida estén en peligro de padecer hipertensión o continuar su tratamiento (Tschann, 1988), lo cual representa un apoyo para la prevención y el tratamiento de la enfermedad a un nivel personal. Y es que los estudios anteriores dan cuenta en última instancia de la dimensión orgánica de la enfermedad, al hacer hincapié en sus aspectos curativos, y médicos, el impacto del conocimiento individual en el tratamiento, con base en factores que los hacen vulnerables o resistentes a la intervención del doctor, haciendo de ésta una actividad positiva *per se* y vista desde la lógica del sanador, sin cuestionar siquiera los efectos adversos o indeseables de los medicamentos antihipertensivos, que sufre el paciente en diversas esferas, como la biológica, psíquica y social; esto es, se utiliza el método epidemiológico para fines eminentes médicos y no necesariamente del sujeto enfermo, quien requiere ser tomado en cuenta, debido a que es él quien carga las consecuencias no tan sólo de la enfermedad, sino de los medicamentos, y del estigma social que

conlleva el ser etiquetado erróneamente o no como enfermo crónico, es decir, controlable-no curable.

En suma, del método epidemiológico se pueden rescatar, para nuestro estudio del proceso salud-enfermedad-atención, hipertensión arterial, el hincapié descriptivo para el estudio de características y atributos de la persona y los enfoques técnicos de comparación en la parte analítica en sus aspectos retrospectivo y prospectivo.

Ya que al considerar la mirada y punto de vista del sujeto, se requiere "antropologizar" los conceptos epidemiológicos y epidemiologizar los antropológicos, de tal forma que podamos caracterizar una epidemiología popular (o cultural) de la hipertensión arterial, que nos ayude a formular aspectos como el papel que la cultura juega en la(s) definición(es) popular(es) de la hipertensión arterial en nuestro medio.

Si bien es obvio que la hipertensión arterial en principio es una construcción médica, este arranque juega un papel importante en la construcción social de la enfermedad, porque encontramos que a lo largo de la historia, en estos casos, se sigue y perpetúa una tendencia "normativista" (Zemelman, 1989), donde es necesario retomar los parámetros e indicadores establecidos.⁸ Desde esta perspectiva, el objeto de estudio "hipertensión arterial", sus percepciones o respuestas para la atención se definen como un conjunto de fenómenos que se dan en forma fragmentada y que son empíricamente medibles; en otras palabras, no se trasciende la descripción cuantitativa sobre las características sociales, personales, grupales, institucionales, etcétera, que están asociadas estadísticamente a esta conducta como efecto. Porque al no explorar las formas de articulación de esas características, mediante los mecanismos por los cuales se constituyen los "porqués" y los "cómo", los datos reportados son insuficientes

⁸ Por ejemplo, Parsons considera la enfermedad como una desviación que pone en peligro la estabilidad social (Parsons, 1989). A la medicina la define "como un importante subsistema de la sociedad moderna" (Gerhardt, 1987), cuya función es readaptar al individuo al desempeño de sus roles sociales. De aquí que las encuestas sobre conocimientos aplicando una lógica epidemiológica tradicional, sean instrumentos limitados en sus posibilidades de transformación del proceso salud-enfermedad-atención.

para configurar la hipertensión arterial como proceso que nos oriente a entender comportamientos grupales. Y es que la hipertensión arterial en su representación como un proceso que a su vez articula a otros, implica entender que nuestro objeto de estudio no es causa ni efecto, sino una construcción de relaciones, articulación de contenidos y significados, que mediante la lógica médico-epidemiológica tradicional no es posible identificar.

Cabe mencionar que la lógica normativo-verificacionista se utiliza en un nivel particular y que está destinada, como ya se señaló, a obtener el control, la curación o la prevención de la enfermedad a nivel del individuo, de aquí que la clínica y la estadística sean la base teórico-técnica de este enfoque, en el cual el individuo se ve como un conjunto funcional orgánico o como una probabilidad de ocurrencia, y es en contextos donde impera la economía de consumo a escala en los que este conocimiento se subordina a intereses ajenos a las disciplinas y las necesidades de donde originalmente se formuló.

La historia natural de la enfermedad

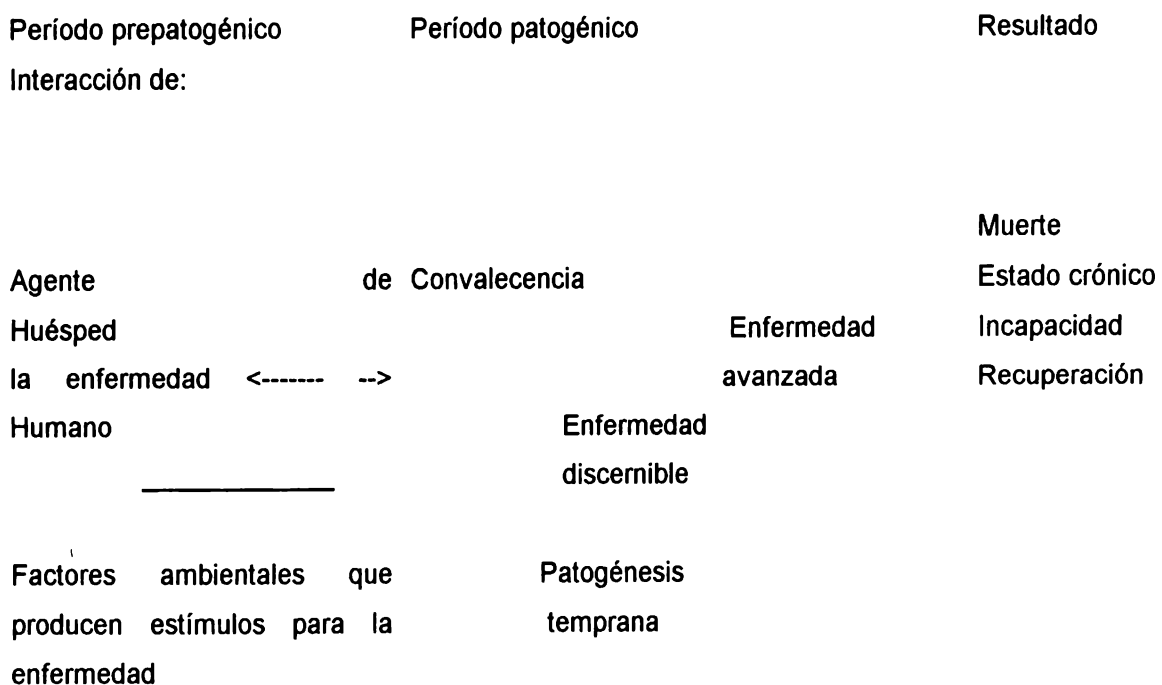
Los conceptos base de la historia natural de la enfermedad tienen sus raíces en la teoría x, y, z de Max von Pettenkoffer, en Munich, 1872, la cual explicaba la ecología de los hongos;⁹ estos conceptos fueron retomados en los principios de los cincuenta por J. E. Gordon,¹⁰ para quien la epidemiología es una rama de la ecología humana, específicamente una ecología médica (Le Riche y Milner, 1971), donde la triada ecológica huésped, agente y ambiente conforman los elementos básicos de la interacción. Posteriormente, H. R. Leavell y E. G. Clark, en 1953, escriben la primera edición del libro *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*, donde plantean su modelo de historia natural como “un punto de vista, una filosofía y un método de acercamiento a la promoción de salud y la

⁹ Para Max von Pettenkoffer, un hongo “Y” requería una temperatura “X” y ciertos agentes nutricios “Z” para vivir, crecer y desarrollarse.

¹⁰ A pesar de esta subordinación, Gordon concebía la epidemiología como una disciplina científica, relacionada con el comportamiento masivo de la enfermedad y el trauma en los grupos humanos.

prevención de enfermedad” (Leavell y Clark, 1965); este modelo ha servido de paradigma para aplicarse a cualquier enfermedad como proceso, el cual sirve para ordenar el conocimiento existente, indicar sus vacíos y promover hallazgos mediante la investigación. Este paradigma presupone una serie de etapas sucesivas que se agrupan en dos grandes períodos: el prepatogénico y el patogénico. En el primero se establece la interacción entre el agente potencial de la enfermedad, el huésped y los factores ambientales. El segundo se inicia con el estímulo que origina los cambios en la estructura y el funcionamiento del organismo humano, y termina con la recuperación, la incapacidad o la muerte del mismo.

PARADIGMA DE LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD EN EL HOMBRE



4

El esquema de la historia natural de la enfermedad es útil y sencillo; sin embargo, contiene varios supuestos que pueden ser discutibles. El primero es la

consideración de la enfermedad como un proceso y no como un estado; en otras palabras, es un fenómeno dinámico y en este sentido la enfermedad es un conjunto de fases sucesivas. El segundo sostiene que las conexiones aludidas no son de tipo causal; cada fase es resultado de procesos internos y factores externos, y la conexión entre las fases previas y posteriores es de tipo genético y no causal. El tercer y último supuesto postula que la enfermedad sigue una trayectoria más o menos definida (García, 1994).

El paradigma de historia natural de la enfermedad nos ayudará, entonces, a sistematizar la visión de enfermedad que consideren los pacientes, en cuanto a causas, signos y síntomas, tratamiento y complicaciones de la hipertensión arterial.

3.3. ENFOQUE PSICOSOCIAL

Las percepciones y las representaciones sociales

Aspectos generales

Esta área presenta dos vertientes:

a) La norteamericana, que arranca de los trabajos sobre las actitudes y concluye en la corriente cognoscitivista, que investiga sobre los factores psicosociales de la percepción.

b) La europea, que trata de los mecanismos de construcción de esta percepción social de la realidad y desemboca en la teoría de las representaciones sociales.

La corriente norteamericana de la psicología social (psicológica) presenta sus primeros antecedentes en los trabajos de Thomas, en 1928, quien señalaba que las situaciones son efectivamente reales si se les percibe como tales. Para 1932, Bartlett apuntaba que nuestra capacidad de registrar y restituir lo percibido

en el cerebro está determinado socioculturalmente;¹¹ en 1936, Sherif pone de manifiesto la influencia de las normas grupales sobre nuestra percepción de la realidad; esta línea continúa con la orientación fenomenológica de Lewin, quien, en 1936, destacaba la dimensión subjetiva, o más bien psicológica, vivida por las personas, prolongándose con las aportaciones de Asch sobre la formación de las impresiones, el cual posteriormente afirmaría que las personas modifican con inquietante facilidad su percepción de la realidad para adecuarla a los criterios grupales. Bruner, en 1957, en sus trabajos sobre procesos de categorización, encuentra que la gente “va más allá” de la información efectivamente proporcionada por la realidad, para formarnos una imagen de ésta. Schachter y Singer mostraron que la percepción de nuestros propios estados anímicos se encuentra bajo la dependencia de una serie de inferencias nutridas por la conducta de los demás o por las informaciones que otros nos proporcionan. En 1958, Heider da un sólido fundamento a esta corriente de la explicación psicosocial de las conductas, cuando investiga la “psicología ingenua”, es decir, el sistema de conocimientos de sentido común que utilizan las personas en su vida cotidiana, tanto para entender su propia conducta como para entender a los demás y adecuar, en consecuencia, sus propias actuaciones.

La corriente europea la conforman las investigaciones que conceptualizan las representaciones sociales de la realidad como un problema de construcción social de la realidad; esta perspectiva originalmente es desarrollada por Sergei Moscovici con el fin de comprender cómo se internalizaba y desarrollaba en la colectividad la representación social de una novedad conceptual: “el psicoanálisis” (Moscovici, 1961). La investigación de Moscovici permitió a los estudiosos de las representaciones sociales afirmar cuatro puntos fundamentales:

- a) No hay una representación social de un objeto social, sino varias.

¹¹ Dentro de la corriente de la psicología social (sociológica) y más concretamente dentro del interaccionismo simbólico, inspirado por Mead, hay toda una tradición de estudio centrada en la explicación del pensamiento social (véase más adelante interaccionismo simbólico).

- b) Los sujetos evalúan el discurso y la práctica (inicialmente se basó en el psicoanálisis) con la ayuda de ciertos criterios sociales relacionados con su pertenencia política, religiosa, etcétera.
- c) La elaboración de una representación se realiza siempre de la misma forma.
- d) La representación social permite a la gente reducir el ambiente a categorías simples, constituyéndose en un instrumento de categorización de cosas, personas, comportamientos, así como una guía de conducta.

Los obstáculos de orden epistemológico para el desarrollo de las representaciones sociales como un modelo teórico, partieron de dos frentes: uno de ellos fue la hegemonía que ejercía en el campo de la psicología social la corriente conductivista, durante los años sesenta, y otro fue de orden metodológico, dado por algunos científicos sociales para darle validez al análisis de contenido de los discursos, considerado en ese entonces como una técnica poco rigurosa. Desde nuestro punto de vista, la teorización de las representaciones sociales representa una crítica a los conceptos conductivistas de corte mecánico, ya que pone en duda la universalidad del modelo estímulo-objeto-respuesta, en la explicación (no comprensión) de las conductas sociales.

Sin embargo, la investigación inicial de las representaciones sociales, más que resolver, plantea cuestiones como: ¿qué es lo que realmente se observa?, dicho de otra manera, ¿lo observado es artefacto o realidad?, debido a que la metodología empleada no tan sólo debe reflejar una simple conjunción de respuestas individuales, sino algo más, y es que una representación social es un conjunto de cognemas organizados por múltiples relaciones que pueden ser orientadas (sea por su implicación, causalidad, jerarquía, etcétera) o sistematizadas (por su relación de similitud, equivalencia o antagonismo); sin embargo, Codol (cf. Páez, Ubillos y Piacheler, 1990) agrega que esta relación no es necesariamente transitiva, es decir, no tiene necesariamente una coherencia interna. Abric (cf. Páez, 1990) nos da pistas para encontrar la respuesta al añadir que una representación social se organiza en torno a un núcleo central

compuesto por elementos, que de faltar desestructuraría o daría una significación diferente al conjunto estudiado. Esto implica que el investigador debe estar atento no tan sólo al contenido de la representación, sino también a sus procesos de estructuración.

Con base en los elementos señalados, los aspectos en que los investigadores están de acuerdo para estructurar una definición de representaciones sociales son los siguientes:

- a) Una representación social implica opiniones compartidas por los miembros de una colectividad (agregaría un consenso).
- b) Sin embargo, no toda opinión compartida es una representación social, ya que pueden ser residuos amnésicos de informaciones recibidas por diversos medios.
- c) El primer criterio para identificar una representación es que está estructurada; el segundo es que comparte elementos emocionales hacia el objeto en cuestión.
- d) Una representación social es un conjunto estructurado de tipo modélico, que permite incorporar elementos nuevos del ambiente.
- e) Una representación social es un conjunto no aleatorio, de carácter funcional, es decir, orientaciones ideológicas del grupo relacionadas al mismo tiempo con su realidad vital.

Complementariamente, Di Giacomo (1987) señala como exigencias mínimas para el estudio de las representaciones sociales:

- a) El método para recoger datos a partir de los cuales las representaciones sociales serán constituidas, debe permitir poner en evidencia exhaustiva los elementos constituyentes del objeto representado.
- b) La elección de los sujetos debe realizarse antes de constituir la estructura representacional a investigar, sobre bases de homogeneidad, a reserva de que las representaciones nos señalaran el camino para estudiar grupos diferentes.

- c) Debemos disponer de métodos que pongan en evidencia la estructura de opiniones y ser capaces de encontrar disimilitudes y similitudes entre dos estructuras e intra o intergrupos.
- d) Se deben tener criterios *a priori* relativos a la representación social a investigar.
- e) Deben existir al menos tres de los cinco criterios anteriores (aspecto emocional, carácter modélico y carácter funcional).

La aplicación de los conceptos anteriores al estudio de las representaciones sociales de la enfermedad a su vez ha tenido dos orientaciones en su desarrollo:

- a) La primera que es de tipo amplio, y se refiere a la representación social de la enfermedad en general, ejemplo de esta orientación son los trabajos desarrollados por Claudine Herzlich en Francia (1984).
- b) La segunda se refiere a problemas o enfermedades específicas; destacan los trabajos realizados en Francia por Jodelet sobre el cuerpo (1980) y Pierret acerca de las enfermedades de transmisión sexual, específicamente sobre el sida (1990); en España se distinguen los estudios y compilaciones realizadas por Páez sobre teoría y práctica de las representaciones sociales (1987) y por Ibáñez acerca de movimientos sociales, la locura, la pubertad, el tiempo y la inteligencia (1990).

En el caso de América Latina, se ha investigado poco sobre las representaciones sociales, destaca, la venezolana, Ma. Auxiliadora Bansch (1990) que ha realizado estudios específicos. Una posible causa de la poca producción en este sentido, ha sido el predominio del conductismo en la psicología social y el modelo de creencias en salud desarrollado por Rosentstock (1974), los cuales han influenciado las investigaciones en el campo de la salud, aunque estos enfoques van ya en decadencia.

En nuestro caso, consideramos que el enfoque específico de la enfermedad, aplicado a la hipertensión arterial, es útil como dispositivo teórico o

práctico para enriquecer el conocimiento de nuestra realidad en salud, debido a que la presión arterial alta es un fenómeno que actualmente desborda a la medicina moderna, ya que su representación social, si bien es un esfuerzo original de un saber determinado (el saber médico), tiene implicaciones que van más allá de la medicina, por su interpretación y sentido, que encarna la dialéctica social de esta enfermedad, como metáfora de un modo de vida.

Dentro de las críticas formuladas a esta forma de construir la realidad, los psicosociólogos (psicólogos) dicen que la representación social tiene un carácter demasiado global, poco medible y articulable con el comportamiento individual.¹² Los marxistas ortodoxos afirman que la representación social no entra dentro de su esquema de interpretación, y las críticas formuladas van en el sentido de que se atribuye a la representación social de los sujetos sociales una realidad y rol "autónomos", algo así como una sociología "espontánea".¹³

Sin embargo, se reconoce que la principal limitación de la noción de representación social reside en la generalidad del nivel de análisis que ella constituye, así como su aprehensión por un investigador que recoge esencialmente materia verbal. Por otra parte, la potencialidad de esta noción está dada, por marcar la articulación de las representaciones con la patología de la época, mediante una configuración histórica e ideológica precisa de relaciones grupales, a través de ciertas leyes sociales, que sólo pueden ser visualizadas (en el caso de las representaciones sociales de la salud- enfermedad-atención) por medio del entrecruzamiento de las perspectivas antropológica, epidemiológica y sociológica.

¹² Herzlich da como respuesta (1986) que dado el carácter social de la representación no puede haber una ligazón mecánica entre una representación colectiva y la conducta individual, debido a que se pretende estudiar la elaboración de significados sociales y no la predicción de conductas individuales, que sería tarea de la psicología. Así, el estudio de las representaciones sociales permite, de entrada, comprender problemas que devienen ser importantes para la sociedad y, de esa forma, aclarar ciertos aspectos de la adquisición de la representación entre diferentes grupos de actores sociales.

¹³ Cabe aclarar que no necesariamente esta "espontaneidad" se da permanentemente, ya que las representaciones sociales están en constante movimiento.

Los estudios de enfermedades específicas, por ejemplo el sida, han puesto de relieve la insuficiencia de los resultados obtenidos solamente con técnicas convencionales, como las encuestas CAP; para enfrentar eficaz y profundamente la epidemia mundial que nos asola, Pierret (1990) recomienda combinar estas técnicas con las representaciones sociales, para desarrollar con mayor rapidez posible protocolos que nos permitan despejar los sistemas de representaciones sociales, dentro de los cuales se enraízan y organizan el conjunto de conocimientos, valores y creencias acerca del sida. Este mismo comentario vale para la silenciosa epidemia de hipertensión arterial. En otro estudio sobre la locura (Cabruja, 1990) se pone de manifiesto la relevancia de los elementos afectivos, al detectar diferenciales en la percepción del riesgo a padecer locura, en grupos de estudiantes de escuelas públicas y privadas.

El concepto

La teoría de las representaciones sociales constituye tan sólo una manera de enfocar la construcción social de la realidad, con la particularidad de situarse en un punto que conjuga las dimensiones cognitivas y sociales de dicha construcción. Las representaciones sociales son procesos de reconstrucción de la realidad que se hacen a partir de materiales culturales acumulados en la sociedad a lo largo de su historia y que se han conformado en necesidades y prácticas concretas. Es un concepto híbrido, donde confluyen nociones de procedencia social como la cultura o la ideología, o de corte psicológico como la imagen o el pensamiento, que se intersectan con nociones epidemiológicas como salud, enfermedad y atención, cristalizadas en hipertensión arterial. El tipo de realidad social al que apunta el concepto de representación social de las enfermedades, como en nuestro caso de la hipertensión arterial, está finamente bordado por un grupo de elementos de muy diversa naturaleza: procesos cognitivos, inserciones sociales, factores afectivos, sistemas de valores, etcétera, que deben tener cabida simultáneamente en el instrumento conceptual utilizado para dilucidarlo.

La noción de representación social antes que nada concierne a la manera en que nosotros, sujetos sociales, aprendemos los acontecimientos de la vida cotidiana, las características de nuestro ambiente, las informaciones que circulan, es decir, el conocimiento espontáneo, que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común. Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, se estructura un conocimiento socialmente elaborado y compartido que, bajo sus múltiples aspectos, intenta dominar nuestro entorno, comprender y explicar hechos, ideas (como las causas, los síntomas, el tratamiento y las complicaciones de hipertensión arterial) que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él (como es nuestro caso), para actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas y responder a las preguntas que nos plantea el mundo (Jodelet, 1986).

Las representaciones sociales son, entonces, pensamiento constituido y constituyente:

a) Constituido, porque son producto de la realidad social, es decir, estructuras preformadas para interpretar la realidad (reflejando a su vez las conducciones de su producción); por eso se insiste en su carácter estructurado (Di Giacomo, 1987) o en su ligazón con un tipo de pensamiento particular, el pensamiento práctico: actividad mental orientada hacia la práctica, principio que sirve de guía para la actuación concreta sobre los hombres y las cosas y que pretende sistematizar los hechos prácticos, a la vez que, por medio de la comunicación, constituye un agente para la creación de un universo mental consensual (Jodelet, 1984).

b) Constituyente, porque intervienen en la estructuración de la realidad y forma en parte el objeto que representa, factor constitutivo de la propia realidad; por eso, una representación social mantiene cierta relación de determinación con la ubicación social de las personas que la comparten (Doise, 1984).

Moscovici enfatiza el carácter específico, la dimensión irreductible de las representaciones sociales, ya que "constituyen una organización psicológica, una forma de conocimiento que es específica de nuestra sociedad y que no es reductible a ninguna otra forma de conocimiento (Moscovici, 1986).

En suma, para muchos investigadores las representaciones sociales son ante todo productos socioculturales, estructuras significantes que emanan de la realidad y nos informan, por lo tanto, de las características de la propia sociedad, privilegiando así el estudio de sus conocimientos.

Estructuración

Las representaciones sociales se construyen a partir de una serie de materiales de muy diversa procedencia, que, en su mayoría, provienen del fondo cultural acumulado en la sociedad a lo largo de su historia, el cual circula a través de toda la sociedad bajo la forma de creencias, valores básicos y de referencias históricas y culturales que conforman la memoria colectiva y hasta la identidad de la propia sociedad. Todo ello se materializa, en diversas instituciones, en productos sociales. Este trasfondo moldea la mentalidad de una época y proporciona las categorías básicas a partir de las cuales se constituyen las representaciones sociales. Las fuentes de éstas son: a) en general, en el conjunto de condiciones sociales, económicas e históricas de una sociedad determinada y el sistema de creencias y valores que circulan en su seno; b) específicamente, otras fuentes de determinación provienen de su dinámica y sus mecanismos internos de formación, como: 1) mecanismos de objetivación, formados por saberes e ideas específicos sobre determinados objetos y por la manera en que son parte de las representaciones sociales de estos objetos mediante transformaciones específicas; 2) mecanismos de anclaje, que dan cuenta de cómo inciden las estructuras sociales sobre la formación de las representaciones sociales y cómo intervienen los esquemas ya constituidos en la elaboración de nuevas representaciones; c) una tercera fuente de determinación es el conjunto de

prácticas sociales relacionadas con las diversas modalidades de la comunicación social, por ejemplo, los medios masivos de comunicación que transmiten conocimientos, creencias y modelos de conducta. Se incluye el trasfondo conversacional la casa, en el trabajo, la calle, etcétera; aquí las conversaciones constituyen una continua y repetida aportación de representaciones, flujo de imágenes, valores, opiniones, juicios e información.

Para recalcar el calificativo "social" de las representaciones se considera que: a) posibilitan la producción de ciertos procesos sociales, es decir, su condición social constituye a su vez condiciones que producen fenómenos sociales; b) son colectivas, esto es, compartidas por conjuntos más o menos amplios de personas; c) su papel en la configuración de grupos sociales en la conformación de la identidad; en otras palabras, las representaciones sociales son sociales tanto por la naturaleza de sus condiciones de producción como por los efectos que engendran y la dinámica de su funcionamiento.¹⁴

Estructura

Según Moscovici, existen tres ejes en torno a los cuales se estructuran los componentes de una representación social:

a) La actitud, manifiesta como una disposición más o menos favorable que tiene una persona hacia el objeto de las representaciones y expresa, por lo tanto, la orientación evaluativa en relación con ese objeto, es decir, es un orientador de conducta, y suscita una serie de reacciones, que se dan en un primer momento cuando la representación es difusa.

b) La información, que es variable en calidad y cantidad, en función del grupo social al que se pertenezca y al objeto mismo, se origina de la comunicación y la práctica.

¹⁴ Lo social es una propiedad que se imprime en determinados objetos, con base en la naturaleza de la relación que se establece con ellos, y es precisamente la naturaleza de esa relación la que es definitoria de lo social.

c) El objeto o campo de la representación hace referencia a la ordenación y jerarquización de los elementos que configuran el contenido de ésta; se trata concretamente del tipo de organización interna que adoptan esos elementos cuando quedan integrados en las representaciones y se constituyen en un núcleo figurativo que integra y solidifica, estabiliza y jerarquiza todos los elementos de la representación. Este núcleo figurativo se logra mediante los mecanismos de objetivación y anclaje.

A su vez, el mecanismo de objetivación proviene de la transformación de los conceptos en imágenes, las ideas entonces se transforman en formas icónicas. De esta objetivación depende el significado global de la representación, y se divide en tres momentos:

a) La construcción selectiva: apropiación de manera específica de informaciones y saberes sobre un objeto determinado, que hace un grupo o un individuo en especial.

b) La esquematización estructurante: organiza los elementos seleccionados para dar una imagen coherente y fácilmente expresable del objeto, lo cual produce un esquema figurativo que le da significado a la representación.

c) La naturalización: el esquema figurativo o estructurante adquiere un *status* ontológico, que lo sitúa como un comportamiento más de la realidad objetiva. El núcleo figurativo pasa a ser un "objeto que ya estaba ahí", en espera de que pudiéramos percibirlo o pensarlo, *v. gr.*, el concepto de átomo relacionado con el de sistema solar.

Un segundo mecanismo, como se apuntó, es el proceso de anclaje, y su función es integrar la información sobre un objeto, dentro de nuestro pensamiento, que no es familiar, tal como está constituido. Así, el anclaje es el mecanismo que nos permite afrontar las innovaciones o la toma de contacto con objetos que no son familiares, integrándolos a veces deformados y, aun así, éstos modifican nuestros esquemas para hacerlos compatibles con sus características. Esto expresa el enraizamiento social de las representaciones y su dependencia de las diversas inserciones sociales. Por ello las innovaciones no son tratadas

igual por los diferentes grupos sociales, ya que los intereses y valores propios actúan como mecanismos de selección. Y como la mayor parte de las innovaciones provienen en nuestros tiempos de las actividades científicas, éstas se convierten en sentido común compartido gracias a la función integradora de las representaciones sociales, v. gr., las teorías científicas se transforman en saberes comunes cuando dan lugar a representaciones que reelaboran sus aportaciones.

Entonces para que una representación sea anclada definitivamente en una red de significados, se requiere que sea incorporada al sistema de representaciones grupales preexistentes, mediante una remodelación dialéctica, donde cada figura tiene sentido y cada sentido una figura, como las caras de una moneda; así, las representaciones sociales tienen en el proceso de objetivación su faz figurativa, y en el de anclaje su faz significativa.

Funciones

Desempeñan un papel importante en la comunicación social, aunque ésta exige que se comparta un trasfondo común, pueden expresar posturas contrapuestas. También tienen como función integrar las novedades en el pensamiento social, así como la conformación de identidades personales y sociales, en la expresión y configuración de grupos. Asimismo, constituyen generadores en la toma de posturas por sus elementos figurativos. Una última función, poco estudiada, consiste en que las personas acepten la realidad social instituida, lo que contribuye a que el individuo se integre satisfactoriamente en la condición social que corresponde a su posición social (al igual que las ideologías, pero de manera más concreta). Las representaciones sociales, entonces, contribuyen a la legitimación y fundamentación del orden social; aunque esta legitimación transcurre esencialmente con el orden simbólico, se manifiesta en el práctico puesto que las representaciones sociales suscitan las conductas apropiadas a la reproducción de las relaciones sociales establecidas por las exigencias del sistema social.

Cabe señalar que las representaciones sociales no son las únicas producciones mentales que tienen origen social, ni tampoco las únicas que presentan funciones sociales: la ciencia, la ideología, los mitos o modalidades del pensamiento social tienen, al igual que aquéllas, las características antes señaladas.

Acotaciones

Moscovici y Althusser consideran que las representaciones sociales y las ideologías tienen una relación de inclusión; una ideología sería un conjunto de representaciones sociales unidas por los procesos simbólicos y los determinantes socioestructurales si las representaciones sociales entrelazan determinaciones simbólicas y las causalidades que provienen de la "materialidad de lo social", por lo que son siempre representaciones de algo, en contraposición con la ideología, que tiene un carácter de generalidad e interviene en la génesis de las representaciones sociales, y viceversa.

Por otra parte, la representación social es una mediación y no la polarización de actividades; en cuanto a su diferencia con el concepto de imagen, ésta es una relación mental especular y aquélla es una construcción mental de un objeto, cuya existencia depende en parte del propio proceso de representación social.

Si bien para Moscovici la representación social es un universo de opiniones y para Kaes es, además de lo anterior, un universo de creencias.¹⁵ La representación es una respuesta simbólica que modula el comportamiento del sujeto, e implica la reproducción de las propiedades de un objeto (Herzlich, 1968), que se lleva a cabo a nivel concreto y metafórico, y se organiza en torno a una significación central; por ello la representación social es una actividad cultural

¹⁵ Entendidas como la organización duradera de las percepciones y conocimientos relativos a un cierto aspecto del mundo del individuo.

(simbólica del sujeto), una articulación de lo psíquico con lo social, que genera y transmite saberes colectivos y conductas sociales.

La representación social es, a la vez, un proceso y un producto, y su focalización nos indica la metodología; en nuestro caso, la hipertensión arterial nos interesa más como proceso que como producto.¹⁶ De ahí que consideremos las representaciones sociales como el conjunto de creencias, opiniones y la organización de las percepciones, valores y conocimientos relacionados con las causas, síntomas, tratamiento y complicaciones de la presión arterial alta.

3.4. EL ENFOQUE SOCIOCULTURAL

La tradición antropológica culturalista

Los antropólogos fueron quienes rompieron con la tradición eurocentrista, elitista y restrictiva de la cultura, y plantearon su relatividad y universalidad como pilares de su concepto de totalidad. Tylor es su exponente inicial con su definición de cultura: "Conjunto complejo de conocimientos y creencias, arte, moral, derecho, costumbres, capacidades y hábitos adquiridos por el hombre, en cuanto miembro de la sociedad". Boas, Lowie y Kroeber continúan esta tradición de totalidad, y recalcan la aculturación y el particularismo histórico en su difusión. Malinowsky enfatiza la dimensión de "la herencia social" en las respuestas institucionalizadas a las necesidades primarias humanas, donde cada rasgo cultural desempeña una función. Mead, Linton y Herskovitz acentúan la dimensión normativa de la cultura en términos de pautas, parámetros o esquemas de comportamiento, es decir, todos los esquemas de la vida producidos históricamente y que son los guías potenciales del comportamiento humano. Así, para estos antropólogos la cultura se obtiene a través del aprendizaje, vía la inculturización y aculturación, donde el hombre no tan sólo adquiere cultura, también la crea.

¹⁶ Cuando se estudia como producto, se analiza su incidencia en las prácticas sociales.

El marxismo como contraste a la tradición culturalista

La tradición marxista *per se* no ha desarrollado una teoría propia de la cultura, sin embargo, destacan algunos enfoques como el de V. I. Lenin, quien señala, asimilando cultura e ideología, que hay una cultura dominante en el orden nacional que se identifica con la burguesía, y que coexiste con otras que se identifican como modos de producción atrasados, *v. gr.*, la campesina, de la cual debe emerger una cultura proletaria de carácter democrático, socialista e internacional, que incorpore lo universal y progresista de otras para librar de la explotación al hombre, y favorezca su incorporación a cada vez mayores niveles de socialización. Esta cultura es producto de una revolución cultural que procede de una de carácter político.

Otro enfoque interesante es el de A. Gramsci, quien también homologa la cultura con la ideología, entendida ésta como una visión de mundo interiorizada colectivamente, como una norma práctica o premisa teórica implícita en toda actividad social, lo cual determina la identidad de los actores histórico-sociales. El problema ideología-cultura surge de la hegemonía (modalidad del poder de carácter educativo-directivo, basado en el consenso cultural) que utiliza a la cultura como instrumento de dominación, y determina niveles que van desde las filosofías hegemónicas hasta la llamada cultura popular.

En este orden, lo cultural atraviesa lo social, y le da sentido a las prácticas correspondientes. Si bien Gramsci ubica la cultura en la superestructura (con fines analíticos), aporta una homogeneización del concepto al eliminar el carácter peyorativo del término ideología y hacer referencia a sus significados sociales, ya que la articula con la estructura de clases y la desigualdad social, lo que nos muestra una perspectiva cultural accidentada a diferencia de los culturalistas, quienes presentan un panorama cultural de continuidad (Giménez, 1987).

Lo simbólico de la cultura

De acuerdo con la rápida revisión realizada, se requiere una reelaboración teórica que supere las limitaciones del discurso antropológico de las tradiciones culturalista y marxista, sin perder sus contribuciones más fecundas. Giménez propone, en consecuencia, definir la cultura en términos de procesos simbólicos de la sociedad, para que así la signicidad, la semiosis social, se traduzca como un sistema de procesos de significación y comunicación (en su sentido más amplio), lo cual conlleva tres problemas a resolver:

- a) El de los códigos sociales, como reglas o combinaciones de signos
- b) El de la producción de sentido y, por lo tanto, de las representaciones del mundo, en el pasado (preconstruidos culturales o capital simbólico) y el presente (procesos de invención, actualización o innovación de valores simbólicos)
- c) El de la interpretación de lo simbólico

De acuerdo con lo anterior y con nuestro objeto de estudio, la cultura la entenderemos como representaciones (modelos de) y orientaciones para la acción (modelos para), es decir, a través de ella se suplen las orientaciones animales (genéticamente determinadas) orientando la supervivencia humana en la confianza que otorgan los símbolos socialmente construidos.

Se pretende, entonces, provocar una homogeneización del concepto de cultura, sin que éste pierda su carácter de totalidad, y abrir la posibilidad de incorporar diversas disciplinas: la antropología cognitiva, la psicología social, etcétera, para articularlo con los conceptos epidemiológicos populares sobre hipertensión arterial.

De esta manera, los enfoques sobre cultura pueden considerarse complementarios, debido a que reconocen la naturaleza semiótica de la cultura, pero en realidad corresponden a momentos analíticamente separables del proceso de significación, por ejemplo:

Orientación	Cultura como:
Antropología cultural	Código o sistema de reglas
Tradicón marxista	Ideología o concepción del mundo
Demología italiana	Sistema de conocimiento o evaluativo
Antropología cognitiva	Esquemas cognitivos
Sociología de Bourdieu	Estructuras estructurantes

Así, la cultura podría redefinirse como un proceso de continua producción, actualización y transformación de modelos simbólicos (en su doble acepción de representación y orientación para el comportamiento) en la práctica individual y colectiva, a partir de un capital simbólico, socialmente poseído y culturalmente incorporado (Giménez, 1987).

Por otra parte, de acuerdo con el contexto de nuestra investigación, consideramos útil tomar en cuenta la categoría vida cotidiana, ya que es el campo donde se funde lo hegemónico y lo dominado, lo legitimado y lo popular, pues lo sedimentado socioculturalmente hablando, lo sintético es lo cotidiano, así la cultura local (la cultura popular en salud, como es nuestro caso) está ligada a la categoría cotidianidad, que si bien no es la más idónea para contrastar los efectos de clase en el campo cultural, en nuestro caso por tratarse de un solo grupo social, puede utilizarse con provecho, ya que lo cotidiano atraviesa la clase social y ésta matiza lo cotidiano; y es entonces cuando la cultura hegemónica (como instrumento de poder y dominación por medio de la biomedicina) es enfrentada por la subalterna (de los habitantes de la colonia), siendo la arena de lucha y resistencia la cotidianidad, que en el proceso salud-enfermedad-atención, y más precisamente en la hipertensión arterial, se cristaliza a través de la eliminación o permanencia de sus concepciones sobre causas, síntomas, tratamientos, etcétera.

La lucha por la identidad es la lucha por la diferenciación cultural, el “nosotros” frente al “ellos”, hechos simbólicos, efecto de representaciones y

creencias históricamente determinadas, donde la memoria colectiva juega un papel fundamental, ya que no sólo es representación, también construcción con base el presente. De ahí la necesidad de conocer en varias generaciones ese movimiento de representación de la epidemiología popular de ciertas enfermedades, para comprender este proceso y contrastarlo eficientemente con la epidemiología oficial a través de programas que tomen en cuenta la cultura, como algo más que un hecho simbólico, como una configuración de reglas, normas y significados sociales constitutivos de identidades y alteridades, objetivados en las instituciones y en la cotidianidad, y reconstruidos a través del tiempo en forma de memoria colectiva, actualizados como prácticas simbólicas puntuales y dinamizados por la estructura de clases y las relaciones de poder.

Por lo anterior, entendemos también la cultura como la sociedad misma, considerada en cuanto a su significación, es decir, la cultura como un constituyente analítico de la sociedad, indisociable de cualquiera de sus elementos y no una parte o superestructura de ella. Se trata entonces de mantener el punto de vista totalizante de la sociedad, sin que la cultura sea toda la sociedad, ya que en ésta se dan otros procesos que rebasan la dimensión puramente cultural, de aquí que sólo podamos hacer una distinción aspecto-conceptual entre cultura y sociedad, parte del título de esta tesis.

Problemática metodológica del enfoque anterior

El marco anterior requiere un análisis interpretativo, consecuencia obligada de la definición semiótica de cultura, que desemboca en una hermenéutica cultural y que en el caso del enfoque antropológico, es importante para la comprensión del objeto de estudio y su correcta interpretación; sin embargo, no hay que olvidar que en el estudio de la cultura hay que interpretar lo interpretado, situación que necesita una doble hermenéutica, operación constructivo-creativa que no debe confundirse con la empatía de “tratar de ver las cosas a través de los ojos del otro”, ya que es indispensable, además, ver las cosas desde una posición de

alteridad o exotopía, es decir, como una comprensión interpretativa y creadora, donde se establece un diálogo entre dos culturas, a través de un primer momento de participación distanciada y otro de distanciamiento participante. Entendemos, pues, que la interpretación cultural no debe hacerse como una operación arbitraria, sino que requiere métodos analíticos objetivizantes, como la semiótica, el análisis histórico social, etcétera, y una explicación de significados descifrados, ya que toda interpretación es explicativa.

3.5. LA INTERSECCIÓN MÉDICO-SOCIAL Y CULTURAL

La sociología y la antropología médica analizan la problemática de salud-enfermedad-atención enlazando marcos macro y microsociales, ya que “hay bases firmes para sostener que prestar atención a las interpretaciones que los pacientes dan a sus problemas de salud, ha dado buenos resultados en la clínica” (Fitzpatrick, 1990).

Antropología médica

La antropología médica como tal ha tenido una gran influencia e impulso de la antropología norteamericana, desde Boas y Morgan; de hecho, en un principio se le consideró una rama aplicada y posteriormente adquirió una personalidad propia, a tal grado que las principales publicaciones sobre la disciplina son estadounidenses; no obstante, la influencia europea también es importante: una parte de los avances norteamericanos se deben a la influencia o presencia de científicos sociales del viejo continente, por ejemplo, Schutz y Sigerist.

La base teórico conceptual de los autores norteamericanos y europeos proviene de Durkheim, Weber y Marx, aunque el desarrollo de los segundos parece estar más ligada al desenvolvimiento de la macro y microsociología, en la que se destacan originalmente la escuela británica y en la actualidad la francesa, lo cual no quiere decir que no existan planteamientos importantes en países como

Alemania, Italia, Hungría, España; en otras palabras, es difícil desligar a la antropología médica europea del desarrollo de las ciencias sociales en el viejo continente, fenómeno que también se está dando en Norteamérica.

1. Las corrientes norteamericanas.

Para conocer su avance y sus logros nos basaremos en cuatro excelentes revisiones:

A) La primera corresponde a Caudill (1970), hasta 1953. Su trabajo *Antropología aplicada a la medicina* parte de una concepción antropológica ortodoxa para enfocar los problemas de salud; la corriente que describe es fundamentalmente culturalista, donde la salud-enfermedad-atención se estudia sobre todo en sociedades llamadas "primitivas". Hace referencia a los trabajos de:

-Rivers, quien desde 1924 señalaba que la enfermedad era uno de los principales problemas de ese tipo de sociedades; su aporte clasificatorio sobre la causalidad básica de la enfermedad constituyó por bastante tiempo la guía de acción de la mayoría de los antropólogos, en función de entender e interpretar la percepción social de la enfermedad.

-Ackerknecht (1954) desmitifica el concepto de medicina "primitiva", al enfatizar que su saber y práctica no eran una especie de colección de errores y supersticiones; que no podían ser explicados mecánicamente; que no era una sola "medicina primitiva" y que el grado de integración de sus diferentes elementos con los patrones culturales era muy variable, en suma: que en este tipo de medicina había elementos objetivos que hacían insostenible el calificativo de "primitiva".

-Richardson, con su libro *Los pacientes tienen familia*, aparecido en 1945, afirmaba que las relaciones familiares pueden ser el origen y la perpetuación de las enfermedades recurrentes y crónicas.

B) Polgar hace la segunda revisión, hasta 1962, y la titula *Salud y comportamiento humano* (1962), donde analiza, a través de diversos autores, la problemática de la percepción de la enfermedad; concluye que las nociones relacionadas con la salud-enfermedad-atención pueden ser obtenidas por información directa; sin embargo, el carácter de las preguntas puede descubrir orientaciones sobre sus valores, los cuales difieren según el estrato económico al que pertenece el paciente; además, señala que el cuestionamiento de la enfermedad se puede dar en dos niveles cognoscitivos: el etiológico, ¿cómo se produce? y el de incidencia, ¿por qué se produce? Entre los autores que reseña están:

-Coob, quien considera que las actitudes de los pacientes pueden ser analizadas en forma independiente de los conocimientos prevalecientes en su grupo cultural, lo que nos ayudaría a explicarnos mejor las paradójicas actitudes en pacientes crónicos y terminales, como la búsqueda de un milagro, el abandono total, etcétera.

-Cassel, que señala: en el área de cultura popular de salud se utiliza la teoría antropológica para explicar creencias y conceptos acerca de la salud-enfermedad-atención, en términos de la cultura total, y que existe un cuerpo de conocimientos suficientemente específicos o de teoría que apoya los resultados obtenidos.

-Kuntadter, en su comentario a la revisión de Polgar, agrega:

- a) La enfermedad no es solamente un fenómeno biológico, tiene numerosas relaciones con el fenómeno social y cultural.
- b) Las variables sociales y culturales son importantes, como determinantes de exposición a la enfermedad, y a la percepción y clasificación de ésta.
- c) El rol de enfermo puede tener importantes funciones sociales y la enfermedad afecta roles y relaciones del paciente con los demás y la propia enfermedad, así como con las estructuras preexistentes.

C) La tercera revisión la efectúa Fábrega (1972), quien inaugura su revisión indicando que desde 1963 Scotch acuñó el término de antropología médica; una de las aportaciones de esta revisión consiste en rescatar la obra de Lieban: *Hechicería cebuana*; el camino por el cual los individuos oscilan entre una práctica médica tradicional y la biomedicina es el sugestivo subtítulo. Fábrega, al referirse a su estudio de Tenejapa, explica que las causas de malestares no son señaladas sólo con base en criterios sociales, sino en razones culturales como la amistad, la rivalidad, la envidia, la malevolencia, etcétera. Entre los autores citados destacan Newman y Rubel,¹⁷ quienes muestran que con una cuidadosa descripción del inicio, progresión y resolución de un episodio específico se pueden conocer los niveles etiológico y de incidencia de la enfermedad, así como las formas de comportamiento de los miembros de un grupo, es decir, la etnografía básica del malestar.

En su conclusión, Fábrega plantea que los estudios etnomédicos parecen estar guiados por las siguientes dimensiones del malestar:

- a) Se involucran factores culturales étnicos en la comprensión de causas, características y consecuencias de la enfermedad.
- b) Las cuestiones de la biología y la cultura evolutiva están entrelazadas.
- c) Se estudia la adaptación en relación con características específicas del ambiente sociocultural.
- d) Se describen aspectos de salud en términos de grupos.

D) Young, en 1990, hace la cuarta revisión del estado que guarda la antropología médica desde 1982 y dedica una buena parte de su espacio de exposición a la antropología del malestar, en el que comenta los trabajos de Frake con los subanun de Mindanao, Filipinas, sobre el diagnóstico de la enfermedad, con base en estructuras cognitivas, para organizar su

¹⁷ Conviene señalar que Rubel es uno de los primeros antropólogos en desarrollar puentes entre los epidemiólogos y los científicos sociales, al desarrollar su investigación de antropología del susto, ya que objetiviza en términos epidemiológicos y culturales lo subjetivo del malestar, trabajando con un epidemiólogo, el doctor R. Collado.

comportamiento y tomar decisiones, y aunque la estructura cognitiva del malestar está implícita en las respuestas que pueden otorgarnos los informantes, mediante cuestionamientos estandarizados, retoma a Good, especificando que el término malestar no es sólo un grupo de síntomas, ya que debe comprenderse en el contexto del paciente, en otras palabras, si bien el malestar es relativo al paciente, lo que se debe buscar no es esa relatividad, sino su significado cultural. Young también comenta el aporte de Kleinman, a través de su modelo explicatorio, donde atribuye a las creencias y las prácticas el “core” de las funciones clínicas, o como sistema que le permite a la gente: a) construir el malestar como una experiencia psicosocial; b) establecer un criterio general adecuado para guiar la atención, con base en el desarrollo del proceso y la eficacia de los diferentes enfoques terapéuticos; c) manejando episodios de malestar a través de operaciones comunicativas, las cuales lo etiquetan y explican; d) proveyendo actividades de sanación.¹⁸

Young concluye su revisión con una llamada de atención sobre la complejidad de las formas de conocimiento médico que aparece en los estamentos de la gente, e identifica los siguientes:

- a) Conocimiento teórico que organiza eventos discretos y experiencias.
- b) Conocimientos eventos con base en sus particularidades empíricas.
- c) Conocimiento que el informante ha transformado para hacerlo más inteligible a otra gente.
- d) Conocimiento que se produce mediante negociaciones con otras gentes.

¹⁸ Kleinman distingue la sanación de la curación, ya que considera la primera como parte de la esfera del malestar, y la segunda como parte de la enfermedad médica.

3.6. OTRAS DIRECCIONES CONCEPTUALES

La corriente crítica

Para 1977 se desata una ola de críticas a la antropología médica, al grado de que Kieffer, editor de la *Medical Anthropology Newsletter*, se formulaba la siguiente pregunta: ¿es la antropología médica parte o solución de los problemas de la humanidad?

Ante este cuestionamiento, las respuestas de los investigadores se polarizaron, algunos afirmando y negando una o ambas partes de la pregunta. Lazarus y Pappas (1986) señalaban que la única contribución de la antropología a la ciencia médica social había sido su habilidad de llamar la atención sobre categorías del pensamiento implícitas o definitivamente hechas a un lado por ella; esta perspectiva trataba a la medicina como un sistema cultural, más que aceptarla como una ciencia libre de valores; surgía, a decir de Singer (1989), una nueva época para la antropología médica: la era de la antropología crítica que, entre otros aportes: “hacía un reexamen del micronivel de análisis --individual-- incluyendo el comportamiento en enfermedad y la experiencia en enfermedad con el macronivel del contexto --estructuras y procesos--”. Uno de los aportes de esta corriente lo constituye la definición que dan Baer y colaboradores del concepto de salud (1986): “Salud es el acceso y el control sobre los recursos materiales y no materiales básicos que sustentan y promueven la vida con un nivel alto de satisfacciones”; asimismo, considera la lucha por la salud como un componente clave de ésta, ya que su cuidado está determinado fuera de lo que se denomina “sector salud”. Las críticas a esta corriente se resumen en dos aspectos:

a) No existe unidad de pensamiento entre los llamados antropólogos críticos, ya que unos trabajan con marcos teóricos marxistas, otros son más fenomenológicos, humanistas, etcétera. b) Existen problemas relacionados con la capacidad de generar nuevo conocimiento.

En relación con la característica crítica de esta corriente, en honor a nuestra realidad, si bien este enfoque es válido para un contexto como el norteamericano, y aun para algunos sistemas de salud de nuestro medio, para América Latina fueron los propios antropólogos médicos del modelo dominante quienes propusieron las críticas más fuertes al sistema socioeconómico de la región, e insistieron en que se tomaran en cuenta los valores y puntos de vista comunitarios; además, produjeron conceptos como patología de la pobreza, deprivación cultural, entre otros; sin embargo, no así verdaderas alternativas de explicación respecto a los nuevos problemas del perfil epidemiológico y a los diferentes sistemas de atención emergentes, que se daban en ese *statu quo* (Menéndez, 1985).

La escuela canadiense

Debido a su ubicación e historia, ha mantenido un diálogo con las escuelas estadounidense, inglesa, en sus vertientes pragmática, analítica y funcionalista, y recientemente con la tradición alemana de la hermenéutica, la epistemológica y la escuela de Francfort.

Corrientes francesas

-La corriente de Ricoeur, que pretende interpretar los códigos y la acción cultural, se trasladó a Chicago a sustituir a Tillich en los sesenta; su hermenéutica ha influenciado la antropología interpretativa (cuyos exponentes son Scheider, Silverstein y Singer), que profundiza la lógica interna de los códigos culturales y epistemológicos para caminar hacia una hermenéutica del funcionamiento concreto de los códigos, como el discurso del terapeuta y el paciente.

-La semiología possaussarianiana con Bartes y Kristeva tiene convergencias con la semiótica de Pierce.

-La histórica deviene en dos vertientes: la de Foucault, centrada en la arqueología de las formaciones discursivas, y la de Bourdieu y Dumont, con un enfoque marxista que introduce las nociones de poder y orden social.

-La fenomenología europea, desde Husserl a Merleau Ponty (Schutz originalmente se desarrolló en Austria y luego en Estados Unidos), se interesa por las nociones del individuo, subjetividad, experiencia y vivencia. Esta corriente refuerza el experiencialismo norteamericano, interesado en la articulación de la cultura y la sociedad; sus exponentes son Mead y James.

3.7. SOCIOLOGÍA MÉDICA

Dentro del enfoque sociológico médico destaca la revisión de Gerhardt (1989), quien señala que el campo específico de esta disciplina, la sociología médica, alcanza su mayoría de edad a principios de los cincuenta, con los libros de Parsons y Lemert: *El sistema social* y *La patología social*, donde se empieza a reconocer que la medicina, la práctica médica y la salud son objetos de estudio apropiados para la investigación sociológica.

Este enfoque está constituido por diversos modelos que se interrelacionan y complementan, y como denominador común comparten el enfatizar la importancia que tiene el estudio de:

a) El contexto, integrado por factores y relaciones sociales, culturales, económicas y políticas, donde se sitúan las acciones de los sujetos.

b) Los procesos de interacción entre los sujetos y los otros; en la percepción, definición y prácticas de atención a la salud.

Estos modelos se diferencian de acuerdo con:

a) La categoría básica que toman para el estudio de las relaciones entre los procesos socioeconómicos y culturales y la búsqueda de atención.

b) El nivel de análisis que abordan, individual, micro o macrosocial.

c) La forma como dan cuenta a la articulación de elementos objetivos y subjetivos en el proceso representacional, que lleva a los sujetos a buscar o no atención y a utilizar o no los servicios de salud.

Para fines de esta revisión consideraremos dos de los principales enfoques de la sociología médica que se han ocupado en gran medida a analizar el proceso salud-enfermedad-atención.

I. El interaccionismo ¹⁹

En esta vertiente teórica, la desviación y la enfermedad son conceptualizadas como fenómenos o experiencias sociales que se construyen a partir de las interacciones entre los individuos. Es decir, la manera en que se define lo que es o no patológico y la percepción que se tiene de los síntomas de las enfermedades, es resultado de un proceso de construcción social; así, la perspectiva interaccionista se interesa por dar cuenta de dos aspectos:

a) Los mecanismos de evaluación normativa que utilizan los sujetos, y por lo tanto la sociedad, cuando definen y experimentan lo que es normal, adecuado o deseable.

b) Que esta evaluación no constituye la aplicación estandarizada de reglas fijas, sino que es limitada y relativa a cada cultura.

En lo que se refiere a la adopción de esta postura relativista, Goffman (1979), por ejemplo, cuestiona la imputación de patologías y prefiere hacer referencia a la diversidad de situaciones en donde se presenta este proceso. Freidson (1978), por su parte, destaca que "si bien la enfermedad puede estar

¹⁹ El interaccionismo simbólico empieza a cobrar importancia en el interior de la sociología médica en los años cincuenta y sesenta; en ese entonces se desarrollaron formulaciones teóricas y trabajos de investigación a la luz de esta perspectiva, como una reformulación al análisis de la enfermedad planteado por los funcionalistas. En las ciencias sociales tiene entre sus principales representantes a Herbert Blumer, quien acuña el término, Anselm Strauss, Howard Becker, Everett Hughes y Norman Denzin (Joas, 1990). La aplicación del interaccionismo al campo de la salud está representado principalmente por los trabajos de E. Goffman, que abordan aspectos de la desviación de la enfermedad mental. Ver *Estigma, Internados, Los síntomas mentales y el orden público* y *The insanity place*.

allí, es lo que nosotros, en tanto seres sociales, pensamos y hacemos con ella lo que determina el contenido de nuestras vidas; en estos términos, la desviación o enfermedad biológica se define socialmente y circunscribe mediante actos sociales que la condicionan”.

Gerhardt, por su parte, distingue dos modelos en el interaccionismo simbólico aplicado al campo de la salud: el de la crisis y el de la negociación.

a) Para el modelo de la crisis, la etiología de la enfermedad es el resultado de la construcción profesional: la etiquetación que realiza el médico al diagnosticar una conducta como desviada en relación con los estándares que desde la disciplina médica se consideran normales. La idea básica es que frente a las conductas que escapan de la normalidad en un determinado contexto social, surge siempre una respuesta de la sociedad --vista como una crisis pública.

b) El modelo de la negociación supone que los individuos manipulan activamente su medio siguiendo dos principios: 1) definiendo la situación --el eje de este modelo-- y 2) tomando en cuenta lo que otros perciben de la situación.

En este sentido, los individuos producen reglas y roles (no reaccionan a ellos) que gobiernan su conducta situacional. Esta idea es introducida por Goffman bajo el concepto de “interacción estratégica” dirigida a la situación de los juegos. Entonces la enfermedad es vista como el resultado de un proceso de construcción social, donde la negociación se da en dos diferentes niveles: a) el personal, que incluye la relación del paciente con su familia y la del paciente con su doctor; b) el institucional, que incluye la relación del personal que interviene en la atención del sujeto.

Gerhardt, en la búsqueda de la atención, considera que está conformada por varias etapas: la primera es el estado de la normalidad o prediagnóstica; la segunda, el estado de la enfermedad o diagnóstica, y la tercera es el tratamiento.

En nuestro caso, la representación de la enfermedad estructura y es estructurada por las tres etapas, ya que en la prediagnóstica los síntomas son susceptibles de ser interpretados por el paciente en términos de una visión normal y general para todo mundo, o como un estigma de acuerdo con una

determinada tipificación. Así, la decisión de acudir a un médico para tratamiento es grandemente influenciada por los otros significativos y la categorización del cuidado que se necesita, ya que en este proceso influye que:

a) Los síntomas físicos o psicológicos sean pasados por alto, normalizados o incorporados al estilo de vida.

b) Los síntomas sean explicados por teorías científicas que subestiman la enfermedad, sobre todo si se les comparan con la representación o imagen de lo que se cree es la verdadera enfermedad.

c) El dirigirse a otras instancias de tratamiento alternativo, *v. gr.*: la herbolaria.²⁰

En nuestro caso nos circunscribiremos a la representación de la presión arterial alta, por considerarlo un paso previo importante para cualquier intervención, es decir, requerimos comprender cómo se organiza y conceptualiza la enfermedad para realizar eficazmente acciones de tipo médico-sanitario.

II. La fenomenología²¹

²⁰ Desde la perspectiva interaccionista es importante distinguir entre "consejos e intervenciones comunes y la búsqueda de ayuda médica". Se considera que es rutinario que las personas que se "sienten mal" consulten a otras personas comunes, que hablen de sus síntomas y busquen consejos (Scrambler y Scrambler, 1990). Así, las instituciones de salud son conceptualizadas como una división social del trabajo alrededor de la enfermedad, donde se dan una multiplicidad de negociaciones con la finalidad de definir situaciones.

Para esto se pueden establecer "trayectorias" (término acuñado por Strauss), y que se refieran a la organización social del trabajo. De esta manera, para las diferentes enfermedades (donde se ubica la hipertensión arterial), la trayectoria como curso de atención médica contendrá diferentes tipos de destrezas, recursos, tareas, así como relaciones instrumentales y afectivas diferentes.

²¹ Cabe señalar que las bases del pensamiento fenomenológico las encontramos en Weber y Husserl (Alexander, 1992), las cuales influyeron notablemente en Schutz, cuya preocupación era redefinir la relación sociedad-conciencia. Schutz acepta y enfatiza el axioma de Weber, de que las ciencias sociales se ocupan de la acción social y que la ciencia social es esencialmente comprensiva, es decir, comprender el significado subjetivo de la acción social. Sin embargo, critica a Weber por no haber formulado claramente las características de la comprensión, del significado objetivo (el significado personal, histórico que genera un objeto de la realidad, contenido de un producto cultural independiente de su creador) y subjetivo (averiguar lo que el sujeto piensa, siente, intenta con su acción) de la acción (Schutz, 1984).

El objetivo de la fenomenología es comprender la naturaleza de la acción humana (sean personas, instituciones, culturas) desde su significado, lo que supone actos de reflexión, reconocimiento o identificación, desde la perspectiva del mundo cotidiano o actitud natural; es decir, "desde lo que se da por sentado o se presupone". La tarea de la fenomenología consiste en el estudio de la conciencia- conocimiento, como algo exclusivamente humano, desde sus aspectos objetivos y subjetivos (Schutz, 1988).

Desde este punto de vista, la normalidad contiene en sí misma la condición de enfermo. El punto de arranque de este proceso son los actos que rompen “lo dado por sentado”, es decir, la confianza de otros, y de ahí empiezan a planearse acciones de neutralización. De esta forma, la enfermedad es un proceso social que se construye mediante la reciprocidad de significados entre “yo y los otros”, bajo el supuesto de “dado por hecho”, de lo cotidiano y desde las perspectivas recíprocas. Cuando esto se rompe, interviene la medicina. Así, la enfermedad se conceptualiza como un trastorno que puede implicar: a) políticas neutralizadoras, normalizadoras o discriminatorias y b) el diagnóstico y tratamiento del trastorno por un experto.

El modelo de la fenomenología se basa en la normalización. La preocupación de la fenomenología del mundo dado por hecho está unida a las condiciones en las cuales los miembros de la sociedad construyen sus propias identidades para el buen funcionamiento de sus cuerpos y su propia salud mental, es decir, por medio de una competencia interactiva alcanzada a través de reacciones afirmativas de otras personas. La normalidad no es ausencia de enfermedad, más bien designa un estado de negociación entre el individuo y un mundo como “algo dado por hecho”. La disrupción de este orden social se convierte en un problema: la enfermedad, lo que requiere llevar acciones remediales, así la medicina se convierte en una especie de salvavidas social.

En nuestra investigación nos interesa estudiar cómo la conciencia social otorga significados en el ámbito de la vida cotidiana, y cómo supera su sentido común, reduciendo a la realidad en sus elementos esenciales; en particular cómo la hipertensión arterial representa, almacena, esquematiza y soluciona sus experiencias al respecto.

De acuerdo con Schutz, la estructuración espacial de la representación social (en nuestro caso de la hipertensión arterial) se establece al comunicarse “yo” y “tú”, en términos de nuestras experiencias trascendentes pasadas y presentes y expectativas futuras. La estructuración temporal la

construimos con base en el análisis del paralelismo del tiempo objetivo con el subjetivo del sujeto bajo los principios de la simultaneidad (con los cuales se comparte la temporalidad: mis congéneres y contemporáneos; es decir, “nosotros”, los que compartimos las vivencias y “ellos” con quienes compartimos supuestos) y de sucesión (con los que no se comparte la temporalidad: predecesores y sucesores); esto es, con quienes comparto mis supuestos y ellos con quien tengo relación abierta.

La intersubjetividad de las representaciones de la hipertensión arterial en la colonia Fábrica de Atemajac estará dada por la intercambiabilidad de puntos de vista y la congruencia de significados; y la adquisición de conocimientos, por la inserción social de nuestros sujetos (en este caso es similar). Cabe señalar que en las situaciones rutinarias o problemáticas que se tengan en relación con la hipertensión arterial, el tiempo subjetivo, el contexto y la experiencia transcendida les darán sentido, para tipificarlos en términos de “lo primero es lo primero”.

De acuerdo con lo anterior, los elementos de acervo que este grupo social tiene sobre la hipertensión arterial se pueden dividir en:

a) Fundamentales: dados automática y naturalmente, es decir, lo real, lo incuestionable de la hipertensión arterial.

b) Rutinarios: producto de experiencias sedimentadas, de capacidades y habilidades adquiridas principalmente de la relación “nosotros” y “ellos” (hipertensos y no hipertensos, hijos con padres, etcétera).

c) Experiencias especializadas: en el contacto con la enfermedad (ser o atender a un enfermo).

d) Espacios negativos: problemas enfrentados y soluciones dadas en relación con la hipertensión arterial (por ejemplo, los tratamientos experimentados).

En cuanto a la significación, Schutz la entiende como un proceso de temporización²² al enfrentarse la conciencia con el mundo, donde surge la siguiente temática:

a) Impuesta, al tratar de distinguir la hipertensión arterial de otra enfermedad; por el cambio de ámbito o esquema de problemas: de sano a enfermo, o de no tener un enfermo y tenerlo; o por imposición social, donde no hay coincidencias entre la asimilación del problema y el acervo.

b) Motivada, por elección propia, al tratar un enfermo o la enfermedad, en el caso de los miembros del equipo de salud de tipo operativo o programador; aquí no hay coincidencia entre el problema y el acervo.

Las conjeturas que se pueden entonces desprender son:

a) Hipotéticas, por ejemplo, cuando la hipertensión arterial destaca sobre lo familiar como algo no familiar.

b) Interpretativas, como proceso de enfrentamiento al problema de la hipertensión arterial.

c) Motivacional, cuando condiciona la acción, es decir, el porqué.

Para comprender el sentido de la acción social se requiere una teoría de los motivos, que en nuestro caso se aplicaría como motivos para la atención de la hipertensión arterial (manifiestos como un propósito evidente de atenderse o no); esta acción se basa en lo subjetivo, donde juegan un papel importante las representaciones sociales de la hipertensión arterial, las cuales se cristalizan en hábitos, afectos, conductas, etcétera.

III. Otros elementos sociológicos

1. Berger y Luckmann y la teoría de la subjetividad

La socialización primaria y las representaciones sociales.

²² Cabe señalar que para que se conserve un acervo social se requiere que la estructura se mantenga igual en lo esencial y que la significación siga igual, si no el acervo se pierde.

De acuerdo con el enfoque de estos autores (Berger y Luckmann, 1986), el individuo es inducido a participar en la dialéctica de la sociedad. Esto implica una predisposición a representar socialmente la vida, donde se ubica de manera específica la enfermedad, como una realidad social. La construcción social de esta realidad se lleva a cabo desde la socialización primaria, donde se seleccionan aspectos del mundo de vida, según posición social e idiosincrasias individuales socialmente arraigadas. Así, en cada individuo y grupo social la relación sociedad-tiempo es determinante para el desarrollo y la variabilidad en las representaciones sociales de la enfermedad, y dado que no hay simetría entre la realidad objetiva y la realidad subjetiva (siempre sobra realidad objetiva), las representaciones sociales son también dinámicas, situación que consideramos puede evidenciarse no tan sólo entre individuos, o grupos sociales, sino también entre generaciones, como pretendemos estudiar la realidad subjetiva de la hipertensión arterial.

La socialización secundaria.

Al internalizar submundos institucionales, como el de la medicina, el individuo desarrolla su socialización secundaria, cuyo alcance y carácter se determinan por la división del trabajo y la distribución del conocimiento, lo cual, a su vez, implica una gran variabilidad de las representaciones sociales de la enfermedad.

En el caso de los habitantes de la colonia Fábrica de Atemajac, la internalización de la práctica y el saber médicos, siempre presente opciones a través de las generaciones, se ha dado como un fenómeno progresivo, que ha ido presentando opciones cada vez más, lo cual implica cambios en el conocimiento de la hipertensión arterial, sin embargo, la división del trabajo no ha cambiado de manera sustancial (al menos antes de que cerrara la fábrica textil sus puertas), lo que trae como consecuencia que las opciones para su atención sean básicamente las mismas.

Ahora bien, si el vehículo más importante para el mantenimiento de la realidad es el diálogo, que sostiene, modifica y reconstruye la realidad subjetiva,

éste debe ser continuo y coherente, de aquí que la vida cotidiana (aparato conversacional) base la resocialización en el presente y la socialización en el pasado. En la colonia Fábrica de Atemajac esta socialización del pasado²³ está dada por las experiencias colectivas (en las institucionales propias del sistema cerrado donde se desarrollaron los habitantes de la colonia) que datan desde el siglo pasado y que se modificaron poco hasta bien entrado el siglo XX, y la resocialización, por el diálogo con los nuevos aparatos relacionados con la atención a la salud: el IMSS, los medios masivos de comunicación auditivos y visuales.

Aplicándonos a las representaciones sociales, al haber un tronco común de orden estructural, una división del trabajo fija y una distribución del conocimiento socialmente similar, las variaciones y asimetrías detectadas serían producto de la temporalidad. Siguiendo a Berger, en nuestro estudio haremos hincapié en las interpretaciones personales, en su adaptación a la realidad cotidiana en forma de una relación dialéctica. Lo anterior nos obliga a considerar una definición de cultura que tome en cuenta la perspectiva del sujeto, en términos de representaciones sociales, en un marco asimétrico cultura- sociedad (determinante), en el que los símbolos adquieran un significado relativo a cada contexto social, determinado por la secularización (como en el pasado) o desinstitucionalización (como en el presente) de la estructura social. En esta dirección, la cultura es **un conjunto de jerarquizaciones, que permite al individuo dar sentido a su contexto e interactuar dialécticamente con él**. Con base en esta definición operacional, analizaremos la cultura de los habitantes de la colonia, en relación con las representaciones sociales de la hipertensión arterial, a través del discurso jerarquizador de los conceptos: causas, síntomas, tratamiento y complicaciones, es decir, consideraremos la cultura como un aspecto distintivo de la realidad social de las generaciones, susceptible de

²³ Cuando la socialización se efectúa en un contexto socioestructural implica para su análisis un mínimo de sustento macrosocial, y cuando se establece un alto grado de simetría entre las realidades objetiva y subjetiva se logra una socialización exitosa, siendo esto más plausible en sociedades con una división del trabajo sencilla y una distribución mínima del conocimiento.

objetivarse en su dimensión simbólico-expresiva de la vida social donde se inserta la salud-enfermedad-atención.

2. G. Luckas y el pensamiento cotidiano (Luckas, 1980)

A diferencia del pensamiento científico y del estético, la realidad objetiva ve su justo medio reflejado en el pensamiento cotidiano; sin embargo, no debe olvidarse que todo reflejo es el de una realidad única y unitaria, dada por el lenguaje y el trabajo como sistemas, y es en la vida cotidiana donde se alcanza objetivamente el más alto grado de intimidad.

En la vida cotidiana, la teoría y la práctica median la propia vida provocando una aparente inmediatez entre ésta y otros tipos de pensamiento, *v. gr.*, el médico científico. En ella se da la espontaneidad como rasgo propio, así como la coexistencia de todo tipo de representaciones, ya que existe una dialéctica entre los polos reflejos de la cotidianidad y ella misma.

La analogía constituye una forma primitiva de pensamiento cotidiano cuando la ciencia no ha dado respuestas a problemas específicos.²⁴ Las categorías usadas tienen una historia objetiva y subjetiva; la primera tiene relación con la evolución del movimiento del estado de la materia (desarrollo social del grupo, en nuestro caso), y la segunda con el descubrimiento por la conciencia²⁵ humana.

El lenguaje, a partir de las necesidades del trabajo, hace (a diferencia de los animales) que éste tenga un carácter social, de motor y motorizado, ya que eleva por medio de la palabra la intuición y la representación a un nivel conceptual y dialéctico. La gigantesca simplificación que introduce el lenguaje en las relaciones del hombre con el mundo y con los propios hombres, su función promotora de la cultura y tendente hacia el futuro, está unida con ese

²⁴ Es más, la analogía es el principio de la inducción analógica científica.

²⁵ Para Luckas, la polémica entre la conciencia y el inconsciente no es tal, sino más bien entre la recta y la falsa conciencia, a decir, de Engels, la ideología como proceso de falsa conciencia.

comportamiento inmediato del sujeto individual. Así, la palabra enriquece y prejuicia al hombre y su mundo.

3. Henry Lefebvre y la presencia de lo ausente

Lefebvre (1983) parte de la conceptualización que hace Heidegger de la representación como el doble o re-doble o eco de una presencia perdida; la representación constituye, entonces, la presentación debilitada de algo y aun ocultada; en otras palabras, en ella se despliega el siendo y el no ser. Sin embargo, estos dos autores parten de la determinación externa de las representaciones sociales como cosas, es decir, no están de acuerdo con la tesis durkheimiana de que las representaciones colectivas vengan desde adentro.²⁶

La palabra representación se detecta en muchos filósofos, pero quizá Hegel fue el que elaboró la teoría más sutil de las representaciones: tanto para él como para Spinoza la representación es una etapa o nivel del conocimiento que es preciso pasar, superarla, ya que la reflexión puede caer siempre en la mediación entre lo sensible y la abstracción; en este nivel se vuelve ininteligible la contradicción, porque los términos contradictorios se encuentran en sucesión o yuxtapuestos, uno fuera del otro, y esto hace que muera el alma dialéctica del pensamiento. Filosóficamente hay varias versiones del valor de las representaciones; una optimista es el hiato que se llena con la educación y la historia; la pesimista que aduce que no se llena y provoca la presencia de la ausencia, y la mística, que busca la presencia perdida.

²⁶ El texto de Lefebvre dice: "Los sociólogos han hecho hincapié, después de los filósofos, en lo representativo; pero sus representaciones colectivas impuestas desde afuera del sujeto y a las conciencias individuales, existen como cosas que no son contemporáneas de la constitución del sujeto, tanto en la historia de cada individuo como en la génesis del individuo a escala social". G. Gurvitch mostró cómo la escuela de Durkheim, precisamente al tratar sólo el aspecto positivo, elimina también parte de lo negativo, del secreto de las sociedades y los actores sociales, y del juego político y la prosecución del poder.

En lo particular considero que las representaciones colectivas deben ser externas; aunque en su proceso individual, éste aporta el sustrato para la representación colectiva, es decir, la representación es psicosocial y no psicológica y social.

La solución parcial realizada por los lógicos, aligerando su contenido y materialidad, se refiere a que la representación se disuelve en el signo (representación de una representación) unidad de dos términos, de dos caras, el significante y el significado, el representante y el representado. Pero al deshumanizar la representación, al des-socializarla queda el problema de, ¿qué pasa con el sentido?

Las representaciones, en general, pueden ser hechos, fenómenos de conciencia individual o social, que acompañan, en una sociedad determinada, palabras u objetos, y que en otras ocasiones son veces cosas que corresponden a relaciones que estas mismas encarnan, conteniéndolas o velándolas; esta descripción nos permite distinguir las representaciones de los recuerdos, símbolos, mitos, ilusiones, etcétera, ya que la distinción debe venir de ellas mismas y no de una clasificación arbitraria, lo cual plantea para Lefebvre que no existen representaciones verdaderas o falsas, sino que la problemática es compleja y vasta y no se reduce a la identificación de elementos, relaciones o procesos: el corazón del problema es, entonces, de donde viene el poder de las representaciones, poder indiscutiblemente verificado por la publicidad y la propaganda.²⁷ Al respecto, no hay que olvidar que Marx dota al concepto de representación de una fuerza extraordinaria, la cual surge no de ella misma, sino de la práctica de donde proviene y debe pasar, para modificar o suscitar dicha práctica. Por otra parte, Nietzsche no le atribuye este rol fundamental, considera la representación como parte del edificio social, ya que no se fía del saber, aunque conoce los servicios que le presta al poder. La teoría de las representaciones permite mostrar cómo la conciencia y el pensamiento, sin omitir lo real, orientan

²⁷ En una sociedad compleja las representaciones vienen de cierto poder, proyectadas de manera ficticia-real a nivel de la totalidad, que al soportarla sustituye esta totalidad y la encarna, en vez de remitir a ella, por lo que se requiere una "teoría del desconocimiento", que hable de la contradicción cada vez más manifiesta entre la abundancia de representaciones, su utilización exagerada, agotamiento y desgaste, el esfuerzo por renovarlas y, por otra, para abolirlas, sea por el "más acá" (naturaleza, intuición, etcétera) o el "más allá" (metafísica, misticismo, etcétera). Esta teoría nos permitiría escoger las representaciones que faciliten explorar lo posible en salud, en prevención, contra las que las bloquean, y provocan una crítica al saber que se autoproclama "positivo" y se adhiere a ciertas representaciones y las consagra.

hacia lo posible, no sin riesgos, y construyen un objeto virtual, bordeando constantemente lo imposible.

La teoría de las representaciones sociales, de acuerdo con Lefebvre, se libra de falsos dilemas al no considerar éstas falsas o verdaderas, sino falsas y verdaderas a la vez, verdaderas en cuanto son respuestas a problemas reales, y falsas como disimuladoras finalidades reales; las clasifica de dos modos: a) de génesis histórica, global, abstracta, vinculadas a la historia general la filosofía y de la sociedad; b) de genealogía, o sea, de filiaciones o encuentros concretos, rodeos y desviaciones e influencias, etcétera.

Cabe entonces diferenciarlas de: a) los recuerdos, en cuanto a la vivencia, ya que éstos no son una presencia, sino más bien una ausencia en la presencia; b) lo imaginario, en cuanto a lo posible, lo futuro, lo virtual, por lo tanto no es una mediación.

Las representaciones son poderosas no tan sólo por motivos técnicos (como en los medios de comunicación masiva), también por su capacidad de desviar símbolos ancestrales, fortaleciendo el más antiguo maniqueísmo y confirmándolo. Por lo anterior, la ideología se recompone a partir de la teoría (crítica) de las representaciones sociales, ya que aquélla se opone al saber, si su concepto le permite exponer las situaciones equívocas donde la cientificidad contiene una ideología, como en el caso de la medicina hegemónica, al depender la eficacia de la ideología de las representaciones que persistan en ella.

La representación social, entonces, constituye un instrumento de análisis y crítica, debido a que el mundo de las representaciones es homogéneo porque algunas de éstas tienden a la redundancia y fragmentación, y porque la imitación se opone a la identificación, al suponer una distancia entre el que imita y el imitado; en las proximidades de este polo prevalece la metáfora, pero también el desconocer, lo analógico se determina por el parecido, por la similitud a veces lejana; en la cercanía de este límite la forma estalla por exceso de contenido afectivo, más que intelectual, lo que diversifica las representaciones.

Relacionadas con su base social, las representaciones oscilan entre la manera en que está hecha esa sociedad y la forma como se ve lo analógico disemina las representaciones, las hace pasar de un objeto a otro y, al localizarlas, las desplaza sin que nunca se detenga esa circulación; este desplazamiento se realiza entre polos determinados, los cuales se constituyen en núcleos, que se dispersan, condensan y concentran, sin que por ello el resultado tenga el carácter sistematizado de la ideología, por lo que conviene distinguir: a) los efectos de las representaciones en general, como el hecho de que haya una superficie de la conciencia de la sociedad, de la práctica en la cual se desplazan el discurso y las representaciones transmitidas; b) la eficacia momentánea de tal o cual representación, su fortalecimiento, que puede llegar hasta la ilusión de totalidad realizada; c) la propia representación, como efecto de una causa desconocida o una razón ignorada, política en particular.

Trabajos en el área socioantropológica relacionados con la hipertensión arterial

Los trabajos específicos detectados son unos cuantos y utilizan marcos conceptuales diversos, entre ellos destacan:

-El estudio de Belgrave (1990) sobre la relevancia de la enfermedad crónica en la vida cotidiana de las mujeres ancianas, con base en la categoría estigma de Goffman; concluye con la limitación de este concepto para describir la experiencia de la enfermedad y cómo el concepto de vida cotidiana presenta mejores perspectivas.

-El trabajo de Levin (1989), donde involucra la categoría ideología al preguntarse si la religión es significativa para la hipertensión, dado el efecto saludable de algunas prácticas religiosas.

-Myjer y colaboradores (1990) presentan un trabajo que habla de la identidad social y la conformidad en la terapia médica antihipertensiva.

-Morgan y colaboradores (1988), dentro de un marco culturalista, analizan las creencias y las respuestas grupales a la medicación antihipertensiva, y concluyen que la deserción medicamentosa refleja creencias y preocupaciones, así como el uso de otra alternativa (remedios herbales), lo cual constituye una continuación de sus patrones culturales tradicionales.

-Un autor que ha trabajado bastante acerca de la hipertensión arterial, conjuntando los enfoques etnográfico y epidemiológico, ha sido Dressler (1984 y 1993), sus estudios se pueden enmarcar dentro de la línea ecología y salud, al enfatizar las variables adaptativas en la frecuencia poblacional de la enfermedad (incongruencia, aislamiento y apoyo social).

-Seeman y colaboradores (1987), con base en un enfoque psicosocial a enfermos hipertensos con coronariopatía, concluyen que algunos aspectos funcionales (específicamente sentirse amado) dentro de las redes de apoyo, son los mejores predictores de esta complicación.

-Un grupo de investigadores de Purdue, Indiana (Sthal, 1975) propusieron, desde 1975, abordar la hipertensión como un modelo en ciencias sociales y salud, debido a sus potenciales aplicaciones para comprender el comportamiento del paciente y reducir la severidad de las enfermedades crónicas.

Este tipo de trabajos han aportado resultados importantes para el tratamiento y comprensión social del problema, tanto en diversos sentidos: negativo, como la elaboración del "Health belief model", en 1974, por Rosenstock (Pedersen, 1987); o práctico, como la puesta en evidencia del rol determinante de los medios masivos de comunicación en la conformación del conocimiento popular de la enfermedad (Pierret, s.f.).

A diferencia de los estudios médico-epidemiológicos que buscan una explicación causal de los problemas relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial, los estudios sociológicos y antropológicos pretenden hacer una interpretación de las percepciones de la salud-enfermedad-atención como un proceso, y ligarlo a un enfoque y categorías explicatorias de acuerdo con el nivel, sea éste individual, micro o macrosocial; en otras palabras,

se pretende obtener una perspectiva más profunda en relación con la génesis de dicha percepción y poner de manifiesto cómo ciertos factores o procesos socioculturales, involucrados, la determinan o condicionan y sus consecuencias, que en nuestro caso serían las de hipertensión arterial; por ello la principal aportación de este campo es poner en evidencia el carácter complejo del proceso salud-enfermedad-atención y la necesidad de enfocarlo como problema interdisciplinar.

ADENDUM

LAS REPRESENTACIONES SOCIALES Y CONCEPTOS RELACIONADOS, Y SU INTERSECCIÓN CON LA TEORÍA ANTROPOLÓGICA

Algunos antecedentes

En 1690, en su obra *An essay concerning human understanding*, John Locke expuso los fundamentos “metafísicos” que subrayan la relación entre el medio circundante, los pensamientos y las acciones humanas. Locke se esforzó en probar que la mente humana al nacer es como un gabinete vacío, el cual se llena mediante un proceso que hoy llamamos enculturación; dada la opinión dominante en esos tiempos que consideraba la conducta como fruto del conocimiento, Locke atribuyó a las percepciones transmitidas a través de las “impresiones de los sentidos” todo conocimiento humano. La consecuencia inevitable de dicho marco conceptual es que las diferentes experiencias producirían conductas variables, tanto a nivel individual como grupal.

Sin embargo, este tipo de pensamiento acendrado por Kant, como la difusión de la razón, durante la llamada época de la ilustración, hizo que no se consideraran los “sin sentidos” a los cuales nadie fuera capaz de dar “razón” (Demeurier, 1776).

Posteriormente, Hegel plantea el modo de pensamiento dialéctico como una hipótesis relativa a los procesos humanos cognoscitivos, ya que desde esa perspectiva el hombre tiende a razonar sobre sí mismo, con base en oposiciones binarias o dicotómicas, aspecto que será retomado por Lévy-Strauss en nuestro siglo. Estas concepciones serán el fundamento para demostrar que los procesos cognitivos humanos están gobernados por modos de pensamiento dialéctico, sin que esto afecte en nada nuestra comprensión de los procesos históricos de la evolución sociocultural. Pensar el mundo en términos dialécticos no tiene porque cambiarlo en esos términos, a menos que creamos en la omnipotencia del pensamiento.

Adolfo Quetelet, al observar la regularidad de ciertos fenómenos socioculturales considerados *en masse*, como la criminalidad y el suicidio,²⁸ lo convenció de que la experiencia subjetiva individual de libre voluntad no alteraba el carácter predeterminado de las acciones de un gran número de hombres considerados en su conjunto, donde está implícito un concepto de cultura, como dominio supraorgánico de relaciones causales. Sin embargo, no profundizó en la comprensión de la variabilidad sociocultural, al no hacer uso del materialismo histórico y el método comparativo.

El materialismo histórico presenta la ventaja de ser diacrónico y evolucionista, capaz de dar cuenta del hecho de que las tensiones pueden acumularse hasta un punto tal que no es posible mantener la cohesión de un sistema sobre sus antiguas bases; sin embargo, hay otro tipo de tensiones que no son consideradas por la dialéctica hegeliana: la evolución de la lenta acumulación de los cambios menores provocados por ajustes poco importantes a tensiones sin mayor trascendencia, por lo que se tiene que recurrir al modelo funcional causal.

Conviene señalar que hay mucho de Dilthey que puede servir de antecedente de los especialistas posboasianos de "introducirse en las cabezas de otras gentes"; Hodges al respecto escribe:

²⁸ Quetelet, al demostrar cómo el análisis estadístico de fenómenos como el suicidio y el crimen, revelaba regularidades socioculturales insospechadas; se adelantó sesenta años a Durkheim, quien puso al suicidio como prueba de una mentalidad colectiva supraindividual.

Dondequiera que hay actividad cognitiva, dondequiera que se aprecian valores o se persiguen fines, dondequiera que en los procesos de la naturaleza aparece un agente libre, ahí hay materia para las Geisteswissenschaften (ciencias humanas)[...] es verdad que éstas también tratan de muchos hechos físicos; pero tratan de ellos sólo en la medida en que están relacionados con una vida interior, tienen valor para un sujeto o condicionan la evolución de sus propósitos (Hodges, 1952).

A primera vista, el psicoanálisis de Freud y la antropología boasiana tenían poco que ver: Freud era evolucionista, materialista y determinista, es decir, justamente la clase de pensamiento que condenó Boas en sus ataques contra el método comparativo; no obstante, en la perspectiva boasiana había una que pasaba por alto todo esto, al señalar Boas que la antropología cultural tenía que ser el estudio de la vida mental del hombre; con el tiempo esta tendencia legó al mentalismo y al estudio de lo individual; el resultado podría llamarse la versión "americana" del funcionalismo sincrónico que estudia la cultura y la personalidad. Cabe señalar que Boas, Lowie y Nadel, aunque insistieron en la importancia de una perspectiva *emic* de la cultura, no pertenecieron a este movimiento.

Las etnografías de esta corriente expresan como común denominador la condición mental o emocional de los actores humanos individuales; así, los sentimientos resultarán esenciales para mantener el hilo de la descripción etnográfica. Incluso L. White, crítico de esta corriente, hace uso de términos cognitivos y emocionales, típicamente psicológicos; estos hechos nos llevan a considerar que el psicologismo es un hábito arraigado en los antropólogos culturales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ackerknecht, E. H. (1954) "On the comparative method in anthropology", en R. F. Spencer (comp.). *Method and Perspective in Anthropology*. Minniapolis: University of Minnesota Press, pp. 117-125.

Aguirre, B. G. (1963) *Medicina y magia*. México: Instituto Nacional Indigenista, p. 36-54.

Alexander, J. (1992) *Las teorías sociológicas desde la segunda guerra mundial: análisis multidimensional*. España: Gedisa, pp. 194-200.

Baer, H. (1986) "Sociological contributions to the political economy of the health", *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 17, núm. 3, pp. 63-65.

Banchs, M. A. (1984) "Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo". Mimeo. Caracas: Escuela de Psicología. Departamento de Psicología Social. Caracas.

Basch, V. (1880) "Under die Messung des Blutdrucks am Menschen" (*Zt Klin Med.* núm. 2, pp. 79-96), en Nicolas Postel Vinay. *A century of arterial hypertension 1896-1996*. Inglaterra: John Wiley and Sons/Imotep. West Sussex.

Belgrave, L. (1990) "The relevance of the chronic illness in the every day lives of elderly women", *Journal of Aging and Health*, vol. 2, núm. 4, pp. 475-500.

Berger, P. y T. Luckmann (1986) *La construcción social de la realidad*. 8a. reimp. Argentina: Amorrortu, pp. 164-233.

Brown, M. y J. Goldstein (1996) "Cardiovascular medicine", *Science*, vol. 272, mayo 3, pp. 663-693.

Bourdieu, Pierre y L. Wacquant (1995) *Respuestas por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo, pp. 159-196.

- Bohnsted, M. y cols. (1987) "Hypertension: unexpected reaches, results, redirection program", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 3, núm. 4, pp. 200- 205.
- Cabruja, T. (1990) "La imagen popular de la locura", en T. Ibáñez. *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Ediciones Sendai.
- Caudill, W. (1970) "Applied Anthropology in Medicine", en A. Kraeber. *Anthropology Today: an encyclopedic inventory*. Chicago: The University of Chicago Press, pp. 771-806.
- Cooper, D. (1980) *Las epidemias en la ciudad de México*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, pp. 134 y 217.
- Dawber, T. W. Kannel y L. Lyell (1963) "A approximation to the longitudinal studies in a community. The Framingham study", *Annals New York Academy of Sciences*, núm. 107, pp. 539-556.
- Demeurer, J. (s.f.) "L' sprit des usages et des costumes des differents peuples", en Marvin Harris. *El desarrollo de la teoría antropológica: una historia de las teorías de la cultura*, 9a. ed. México: Siglo XXI.
- Dressler, W. (1984) *Hypertension and cultural change in the Caribbean. Studies in thirth world societies*, vol. 30, pp. 69-93.
- Dressler, W., J. Dos Santos y F. Viteri (s.f.) "Social and Cultural influences in the risk of the cardiovascular disease in Brazil", en L. Schell, M. Smith y A. Bilsborough. *Urban ecology and health in the thirth world*. Cambridge Cambrigde: University Press, Chapter 2, pp. 10-25.

Di Giacomo, J. (1987) "Teoría y métodos de análisis de las representaciones", en D. Páez. *Pensamiento, individuo y sociedad*. Madrid: Fundamentos.

Doise, W. (1984) "Social representations: intergroup experiments and levels of analysis", en R. Farr y S. Moscovici. *Social Representations*. Cambridge University Press. Edition de la Maison des Sciences de l'Homme, París.

Eisemberg, L. (1977) "Disease and Illness: Distinctions between profesional and popular ideas of sickness", *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 1, núm. 1, pp. 9-23.

Fábrega, H. (1972) *Medical Anthropology. Biannual Review in Anthropology*. Chapter 3, pp. 166-229.

Fisher (1914) "The diagnostic value of the sphygmomanometer in examination for life insurance" (*JAMA*, nov. 14), en Nicolas Postel Vinay. *A century of arterial hypertension 1896-1996*. Inglaterra: John Wiley and Sons/Imotep. West Sussex.

Fitzpatrick, R. (1990) *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura Económica, pp. 19-40.

Freidson, E. (1978) *La profesión médica*. España: Península, pp. 288-289.

Frost, W. H. (1922) "Experience of the New York Metropolitan Life Insurance Company", en Nicolas Postel Vinay. *A century of arterial hypertension 1896-1996*. Inglaterra: John Wiley and Sons/Imotep. West Sussex.

- García, J. C. (1994) "Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales", en *Pensamiento social en salud en América Latina*. México: Interamericana/ Mac Graw Hill/ O.P.S., pp. 214-228.
- Gerhardt, U. (1987) "Role, theory and Interacction", en G. Scrambler. *Sociological theory and Medical Sociology*. Londres: Tavistock Publications, pp. 110-133.
- Gerhardt, U. (1989) *Ideas about illness: an intellectual and political history of medical sociology*. Nueva York: University Press, pp. 11-14 y 179-242.
- Giménez, G. (1987) "La problemática de la cultura en las ciencias sociales", en *Teoría y análisis de la cultura*. Guadalajara: SEP/ COMECOSO/UdeG, pp. 15-72, 218 y 319-340.
- Goffman, E. (1979) *Microestudios del orden público*. Madrid: Alianza Universidad, pp. 342-348.
- Herzlich, C. (1968) "La problematique de la representation sociale et son utilité dans le champ de la maladie", *Sciences Sociales et Sante*, vol. II, núm. 2, pp. 71-84.
- (1984) "Medicine moderne et quete de sens: la maladie signifiant social", en *Le sens du Mal. Anthropologie Historie*, pp. 189-215.
- (1986) "Representations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans des representations sociales", en W. Doise y A. Pauranari. *Delachaux-Niestle. France*, p. 164.

Herzlich, C. y J. Pierret (1988) "De Ayer a hoy: construcción social del enfermo", *Cuadernos Médico Sociales* (Sociedad Médica de Rosario Argentina.), núm. 43, pp. 21-30.

Ibáñez, T. (1990) *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai, pp. 36-39, 46-55 y 65-70.

Janeway, T. (1913) "A clinical study of hypertensive cardiovascular disease. Archives of Internal Medicine" (núm. 12, pp. 755-798), en Nicolas Postel Vinay. *A century of arterial hypertension 1896-1996*. Inglaterra: John Wiley and Sons/Imotep. West Sussex.

Joas, H. (1990) "Interaccionismo simbólico", en A. Giddens. *La teoría social hoy*. Alianza Editorial, pp. 112-144.

Jodelet, D. (1980) "Systemes de representations sociales du corps et groups sociales". Rapport de fin de Recherche. Cordes.

----- (1984) "Representation Sociale: phenomenes, concept et theorie", en S. Moscovici. *Psychologie Sociale*. París: PUF.

----- (1986) "Las representaciones sociales: una mirada sobre el conocimiento ordinario. La nueva psicología social", *Revista Universidad de Guadalajara*.

Koroktkoff, N. (1905) "Reports of the Imperial Military Academy" (núm. 11, pp. 365-367), en Nicolas Postel Vinay. *A century of arterial hypertension 1896-1996*. Inglaterra: John Wiley and Sons/Imotep. West Sussex.

- Lazarus, E. S. y G. Pappas (1986) "Categories of thought and critical theory", *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 33, núm. 5, pp. 136-139.
- Leavell, H. y G. Clark (1965) *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*, 3a. ed. Nueva York, pp. 127-170.
- Lefebvre, H. (1983) *La presencia y la ausencia*. México: Fondo de Cultura Económica, pp. 17-102.
- Leonard, A. y cols. (1981) "Control of high blood pressure in California: a preliminar report", *Heart and Lung*, vol. 10, núm. 2, pp. 255-260.
- Le Riche, W y J. Milner (1971) *Epidemiology as medical ecology*. Edinburgh/Londres: Churchill Livingstone, pp. 1-22.
- Levin, J. y H. Vanderpool (1989) "Is religion significant for hypertension", *Social Science and Medicine*, vol. 29, núm. 1, pp. 69-78.
- Long, T. y cols. (1988) "Professional and social conditions and hypertension: a epidemiological study in Dakar, Senegal", *Journal of Hypertension*, vol. 6, núm. 4, pp. 271-276.
- López, A. (1969) *Textos de los informantes de Sahagún. Augurios y abusiones*. México: Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM, pp. 71-89.
- (1975) *Textos de medicina náhuatl*, 2a. ed. México: Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM, pp. 7-43.
- Luckas, G. (1980) La Estética "caracterización general del pensamiento cotidiano" Vol I. Editorial Península, Barcelona, pp 33 - 81.

- Marey, E. (1881) "La circulation du sang a l' etat physiologique et dans les maladies", en Nicolas Postel Vinay. *A century of arterial hypertension 1896-1996*. Inglaterra: John Wiley and Sons/Imotep. West Sussex.
- Martínez, F. (1987) *La medicina científica y el siglo XIX mexicano*. México: Fondo de Cultura Económico, pp. 151-154.
- Menéndez, E. (1985) "Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina", *Nueva Antropología*, vol. 7, núm. 28, pp. 11-28.
- Morgan, M. y C. Walkins (1988) "Managing hypertension: beliefs and responses to medication among cultural groups", *Sociology of Health and Illness*, vol. 10, núm. 4, pp. 561-578.
- Moritz, Dr. (1899) "De l' examen du coeur en matière d' assurance en vie. Premiere Congress de medecin du secur. Bruxelles", en Nicolas Postel Vinay. *A century of arterial hypertension 1896-1996*. Inglaterra: John Wiley and Sons/Imotep. West Sussex.
- Moscovici, S. (1961) *La Psychoanalyse son image el son public*. París: PUF.
- Nissinen, A. y cols. (1988) "Results of 10 years of care in hypertension in the community", *American Journal of Epidemiology*, vol. 127, núm. 3, pp. 488-499.
- Parsons, T. (1989) "Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna", en *Estructura de la acción social*. Madrid: Alianza Editorial, pp. 399-443.

- Páez, D. y cols. (1987) *Pensamiento, individuo y sociedad: cognición y representación social*. Madrid: Fundamentos.
- Páez, D., S. Ubillos y H. Paicheler (1990) "Representaciones sociales del sida: una revisión empírica y teórica", *S.I.D.A. Revista Española*, pp. 6-13.
- Pedersen, D. (1987) "Estilos de vida", en Mazzafiro V. (comp.). *Medicina en salud pública*. Buenos Aires, pp. 363-371.
- Pierret, J. (s.f.) *Elements de psychosociologie des MTS: perception sociale, comportements, attitudes individuelles et collectives*. París: CERMES. U304. Centre de Recherche Medicine, Maladie et Societé.
- Pierret, J. (1990) *Evolution de la perception social des MTS: una comparason internationale. Santé Publique et maladies de transmision sexuelle*. París: Eds N. Job-Spira, B. Spencer, J. Moalti y E. Bouvet, John Libbey Eurotext, pp. 98-106.
- Polgar, S. (1962) "Health and Human Behavior", *Current Anthropology*, vol. 3, núm. 2, pp. 159-205.
- Riessman, D. (1996) "High Pressure and Longevity", *JAMA*, núm. 14, pp. 1105-1111.
- Riva-Rocci, E. (1896) "Un nouvo sfigmomanometro" (*Gazzetta Medica di Torino*, núm. 47, pp. 981-1001), en Nicolas Postel Vinay. *A century of arterial hypertension 1896-1996*. Inglaterra: John Wiley and Sons/Imotep. West Sussex.

- Romains, J. (s.f.) "Knock le triomphe de la medicine", en Nicolas Postel Vinay. *A century of arterial hypertension 1896-1996*. Inglaterra: John Wiley and Sons/Imotep.West Sussex.
- Rosenstock, Y. (1974) "The health belief model and preventive health behavior", en M. Becker. *The health belief model and personal health behavior*. Health Education Monographs, vol. 2, núm. 4.
- Schutz, A. (1984) *Fenomenología del mundo social: introducción a la sociología comprensiva*. Buenos Aires: Paidós, pp. 127-165.
- (1988) "Elaboración de los objetos mentales en el pensamiento del sentido común", en Horowitz (comp.). *Historia y elementos de la sociología del conocimiento*. Universidad de Buenos Aires, pp. 99-115.
- Scrambler, G y A. Scrambler (1990) "La enfermedad iceberg y algunos aspectos de la conducta en el consultorio", en R. Fitzpatrick. *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura Económica, pp. 42-64.
- Sessman, T. y L. Syme (1987) "The social networks and coronary artery disease: a comparison of the structure and function of social relations", *Psychosomatic Medicine*, vol. 49, núm. 4, pp. 341-354.
- Singer, M. (1989) "The coming era of the critical Anthropology", *Social Science and Medicine*, vol. 128, núm. 111, pp. 1193-1202.
- Sthal, S. *et al.* (1975) "A model for the social sciences in medicine: the case of the hypertension", *Social Science and Medicine*, vol. 9, núm. 1, pp. 31-38.

Tschann, J. y cols. (1988) "Behavior of treated hypertensive patients and patients demographic characteristics", *Journal of Community Health*, vol. 13, núm. 1, pp. 19-32.

Vargas, L. (1989) "Medical Anthropology in México", *Social Science and Medicine*, vol. 28, núm. 12, pp. 1343-1349.

----- (1991) "Una mirada antropológica a la enfermedad y el padecer", *Gaceta Médica de México*, vol. 127, núm. 1.

Vashide y Lahy (1902) "La technique de la mesure de la pression sanguine" (Archives Generales de medicine", pp. 480-501), en Nicolas Postel Vinay. *A century of arterial hypertension 1896-1996*. Inglaterra: John Wiley and Sons/Imotep. West Sussex.

Viesca, C. (1984) "Epidemiología entre mexicas", en *Historia general de la medicina en México*. UNAM/Facultad de Medicina/Academia Nacional de Medicina, vol. I, pp. 171-187.

Young, A. (1990) "The Anthropology in Medicine", en Kraeber A. *Anthropology Today: an encyclopedic inventory*. The University of Chicago Press, pp. 771-806.

Zemelman, H. (1989) *Crítica epistemológica de los indicadores*. El Colegio de México, pp. 25.

4. MÉTODO DE TRABAJO

4.1 DEFINICIÓN DEL MÉTODO

Para estudiar las representaciones sociales de la hipertensión arterial se utilizó una triangulación técnica de los enfoques cualitativo y cuantitativo, debido a que el proceso que pretendemos aprehender se refiere a la forma como se construyen, significan y manifiestan multidimensionalmente las representaciones sociales. Conocer la forma y la estructura de esta construcción social de la realidad subjetiva nos permite identificar y discernir las maneras y vías por las cuales un grupo social llega a conformar --a través de su relación con los demás y su ambiente-- una determinado modo de pensar y ser, y no uno diferente, una modalidad cultural de la que obtiene la especificidad de su carácter social nuestro grupo de estudio.

Las consideraciones anteriores se basan en una revisión bibliográfica, que puso de manifiesto la necesidad de un enfoque cualitativo y cuantitativo, más allá de la complementación, en virtud de la sinergia y enriquecimiento (Pedersen, 1995). Esto nos da la posibilidad de investigar los microfundamentos sobre los cuales se estructuran las representaciones sociales; es decir, articular las facetas individual y grupal con la colectiva, en las dimensiones micro y macro de la realidad.

Esta revisión confirmó también la importancia de utilizar, en primera instancia, la entrevista, originalmente de tipo abierto, con ayuda de una guía temática, adecuada para el caso (McCracken, 1988), como instrumento para acercarme a las representaciones sociales, mediante un diseño que permitiera dejar hablar al entrevistado sobre un tema y, al mismo tiempo, propiciar un respetuoso encauzamiento de la información, al observar si su desarrollo resultaba pertinente. Como complemento realicé una segunda y tercera entrevistas, estructuradas con aspectos no abordados durante la primera.

La decisión de hacer entrevistas me obligó a problematizar la relación entre los entrevistados y su contexto social, y de esa manera, como señala la teoría, poder abrir el campo perceptivo mediante la construcción de conceptos "ordenadores", es decir, fue necesario recurrir a planteos teóricos que versan sobre el uso de los testimonios individuales, y teorías que me permitan la selección de conceptos ordenadores (Zemelman, 1989).

Debido a que esta investigación tiene por objeto reconstruir el proceso de estructuración de las representaciones sociales, en este caso las que elaboran los habitantes de la colonia Fábrica de Atemajac en torno a la hipertensión arterial, nuestra apuesta metodológica se basó en que las declaraciones verbales de estos habitantes contribuirán de manera sustancial en dicha reconstrucción. De ahí que privilegiemos los aspectos cualitativos de la realidad, sobre los cuantitativos, ya que pretendemos interpretar la realidad a través de nuestros informantes y no sólo explicarla con datos que cuantifiquen algunos de los puntos de las representaciones sociales como producto, sobre todo cuando lo que importa es incorporar a nuestro trabajo la riqueza experiencial de conocimientos, actitudes y campos representacionales que la variabilidad grupal nos proporciona, situación por la cual no se garantiza, en nuestro sujeto social, una racionalidad en sus estructuraciones cognitivas (e incluso conductuales, de tipo individual, que no son objeto de este estudio).

Lo anterior implica adoptar una posición en la que se muestre al hombre como producto de una determinada forma de existencia en la sociedad, ya que éste "sólo se individualiza en sociedad", donde la manera específica de satisfacer sus necesidades esenciales (como la salud) conforman cultura. Esta se entiende como un sistema de valores, creencias, significados en movimiento, en el que las representaciones sociales constituyen una forma del pensamiento cotidiano de las sociedades actuales, que incorpora esa modernidad que se niega (por sus características cambiantes y peculiares) a cristalizarse como tradición. Aquí las enfermedades crónicas, como la hipertensión, constituyen un reto difícil de

comprender, pero que es necesario enfrentar, dada su importancia; en otras palabras, entender y afrontar las enfermedades emergentes con el sentido común que proporciona el capital cultural y la experiencia socialmente adquirida, por grupos poblacionales definidos, provoca un universo simbólico colectivo, que justifica la exploración de los ejes cognoscitivos, actitudinales y representacionales, principalmente a través de declaraciones verbales.

4.2. TEMÁTICA Y EJES

Nuestra perspectiva epistémica pretende realizar una reconstrucción de la realidad a partir del ordenamiento de los siguientes temas de investigación:

1. La hipertensión arterial, abordada desde los aspectos:

- a) Etiológicos.
- b) Sintomatológicos.
- c) Terapéuticos.
- d) Complicaciones.

2. Las representaciones sociales, en sus ejes.

- a) Actitudinales.
- b) Cognoscitivos.
- c) Representacionales.

Estos grandes temas tienen como contexto teórico los enfoques sociocultural, psicosocial y médico-epidemiológica, y como contexto humano a tres grupos generacionales, residentes de por vida en la colonia Fábrica de Atemajac, como criterio de inclusión.

En cuanto al segundo tema objeto de estudio: como ya se señaló, una representación social es producto y proceso a la vez, y dado que su contenido aparece como un producto sociocultural presente en el pensamiento de ciertas categorías de personas, es factible que se pueda objetivar ese contenido

mediante técnicas que investiguen materiales discursivos de los sujetos de estudio.

Debido a que las representaciones sociales incorporan elementos innovadores de la realidad, como en el caso de la hipertensión arterial (síndrome que se incluye, en nuestro país, en el campo médico por los años treinta, cuando el doctor Ignacio Chávez formaliza el uso del esfigmomanómetro mercurial para medir la presión arterial de manera rutinaria en la clínica), la representación social no es sólo un producto, se transforma en un proceso; como un mecanismo que está en construcción y a la vez ejerce actividad constructora: un proceso estructural y estructurante.

De ahí que cuando las personas revelan su representación social de la hipertensión arterial, están construyendo activamente la imagen de este síndrome, que confrontan con las preguntas del investigador.

Sin embargo, en nuestro caso lo anterior implica metodológicamente una doble preocupación, ya que buscamos, por una parte, dilucidar los mecanismos de producción de las representaciones sociales de la hipertensión arterial en un grupo definido y, por otra, conocer cómo éstas se manifiestan multidimensionalmente, es decir, sus características sociales, así como su estructura en los sujetos estudiados, lo cual nos permitió conocer con mayor precisión el estatuto sociocultural de la hipertensión arterial.

Para el efecto, seguimos un modelo mediatorio como supuesto, donde la representación del paso de sano a hipertenso está dado por una serie de variables moderadoras, que actúan sobre las que intervienen para producir la hipertensión en un grupo social.

Variables moderadoras-----

| | |
V V V

Salud-----variables que intervienen-----hipertensión

Nuestro objetivo fue conocer cómo se estructuran y manifiestan multidimensionalmente las representaciones sociales de la hipertensión arterial en tres grupos generacionales de pobladores de la colonia Fábrica de Atemajac. De manera específica, observar diferencias intra e intergeneracionales, así como detectar la permanencia de elementos históricos y significado de la representación social de la enfermedad en las actuaciones y contradicciones de las tres generaciones investigadas.

Los procedimientos seguidos articularon el enfoque clásico y el alterno para acceder al contenido y estructura de una representación social, ya que éste es un sistema cognitivo, pero también simbólico, de aquí que inquirimos en los niveles:

a) De objetivación, donde exploramos cómo las abstracciones sobre la hipertensión arterial se transforman en imágenes multidimensionales.

b) De anclaje, para observar cómo un conocimiento novedoso y concreto, como la hipertensión arterial, se inscribe en un pensamiento ya constituido, como serían las clasificaciones de causas, síntomas, tratamiento y complicaciones, v. gr.: ¿la hipertensión arterial es causada por....?, ¿qué tratamiento es útil?

De acuerdo con los conceptos anteriores, jugaremos con el concepto de hipertensión arterial aplicándoles las tres dimensiones que recomienda Moscovici.

a) Dimensión actitudinal:

1. Grado de relación afectiva, de aproximación o rechazo al concepto, incluye alejamiento progresivo y rechazo social.

2. Idealización-atracción, implica la elitización de la enfermedad, como privativa de ciertos grupos o conjuntos, es decir, la hipertensión como personaje especial; aquí se incluye la diferenciación de hipertensión arterial y otras enfermedades.

3. Responsabilidad e hipertensión, por ejemplo: del enfermo con la sociedad (contagio), con su familia (transmisión hereditaria), consigo mismo

(peligros que corre), molestias que puede ocasionar un enfermo en diversas situaciones, trabajo, casa.

b) Dimensión del campo representacional:

1. Responsabilidad social, vista desde la repercusión social del trabajo de un hipertenso como funcionario, trabajador, padre de familia, es decir, su capacidad de estar activo.

2. Responsabilidad personal: conciencia que tiene de su enfermedad, su racionalidad o irracionalidad.

3. Imagen del hipertenso, cómo lo reconocería el público.

4. Progreso e hipertensión, ¿el progreso es una amenaza para provocar hipertensión arterial?, ¿es un riesgo?, ¿qué peligrosidad tiene este progreso?, ¿qué daños provoca?

5. Cualidades diferenciadoras del hipertenso en relación con el común denominador de la gente.

6. Efectos especiales que provoca la hipertensión arterial, en su actuación en la comunidad o familia, prejuicios que acarrea para sus allegados, imagen humillante, vergonzosa.

c) Dimensión de la información:

1. Conocimiento de personas afectadas.

2. Conocimiento de personal que tiene que ver con la hipertensión arterial y los hipertensos.

3. Conocimiento de servicios preventivos y curativos, en clínicas y hospitales.

4. Medios por los cuales conoce la enfermedad.

5. Autovaloración de conocimientos.

4.3. LA MUESTRA

El universo de nuestra investigación lo constituye la población de la colonia Fábrica de Atemajac, en Guadalajara; situada al norte y al centro y con una población aproximada de 5 941 habitantes, ubicados en 65 manzanas, que colindan con la fábrica textil (cerrada desde hace tres años) que le dio nombre desde 1846 (ver plano de la colonia de ese año en el capítulo 2).

Para seleccionar nuestros informantes, originalmente desarrollamos un censo con objeto de identificar, por edad, sexo y ocupación, la población con y sin hipertensión arterial; una vez definida su ubicación, y habiendo solicitado su cooperación, fueron divididos por grupos generacionales: el de los mayores de cincuenta años, el de mayores de treinta y el de menores de treinta, así como por la presencia o no de hipertensión arterial. La división temporal realizada por años, se basa, además de la experiencia de convivir con dos generaciones en los abuelos, en la instauración de los servicios de salud más importantes de Jalisco: Secretaria de Salud y Seguro Social, hace aproximadamente cincuenta años; en el grupo de los padres, al impacto de la modernización de la ciudad, que afectó la estructura física y funcional de la colonia; el grupo de menores de treinta nace cuando ya se habían dado los cambios estructurales.

Una vez identificados los grupos generacionales, a cada integrante se le asignó un número progresivo a fin de llevar un control durante su participación en el estudio.

Cabe mencionar que la muestra propositiva de informantes no pretende ser cuantitativamente representativa, más bien cualitativa, no es el todo poblacional lo que se pretendió investigar, sino el consenso de nuestros informantes, en términos de sus significados y experiencia y, por ende, de sus representaciones sociales de la hipertensión arterial; por ello nuestras conclusiones no serán similares a las que se podrían haber obtenido desde la perspectiva cuantitativa.

Para mantener la riqueza de la variabilidad poblacional en nuestra muestra, realizamos:

Primero. La estratificación de esta última en tres generaciones, para facilitarnos la visualización de momentos históricos que puedan afectar la lógica de estructuración de las representaciones sociales de la hipertensión arterial, las cuales se ven afectadas por el tiempo, el espacio y las características de las personas.

Segundo. La selección al azar de los participantes de cada generación; se reemplazó sólo en dos casos por razones de fuerza mayor, ya que el informante no pudo continuar con la secuencia de las entrevistas para completar un mínimo de información.

Como se sabe, el muestreo al azar se basa en los principios positivistas de un isomorfismo y aditividad de las unidades estudiadas, así como en la objetividad en la selección; los dos primeros no fueron considerados en nuestro estudio, por lo que discutir aspectos como la representatividad y el tamaño de la muestra resultarían ociosos; nuestro método buscó un camino diferente, ya que los individuos seleccionados no tienen homogéneos los conocimientos, las actitudes y los campos representacionales investigados, por lo tanto no podemos adicionar estos conceptos para obtener como resultante de esta sumatoria las representaciones sociales del grupo en cuestión. Por lo anterior, la utilización de los mecanismos de *azarización* de informantes, en nuestro caso, no tuvo como objetivo la generalización de resultados con base en un patrón prefijado, sino la finalidad de aplicar una selección eficiente de informantes, sin ninguna otra intencionalidad que conocer su consenso cultural en el dominio del concepto hipertensión arterial (alta presión arterial), ya que carecíamos de una información particularizada de los mismos y en principio todos parecían iguales en sus posibilidades de informar.¹

¹ De acuerdo con nuestros objetivos, y a diferencia del enfoque de muestreo tradicional, que asume una manipulación en las respuestas, valorando su confiabilidad como respuestas correctas o incorrectas, partimos del enfoque etnográfico de no conocer si las respuestas dadas por los informantes "son o no lo que deberían de ser", se trata más bien de descubrir respuestas "culturalmente corregidas", es decir, nuestro análisis se enfoca más a la gente que a las

En otras palabras, nuestro enfoque cualitativo en esta investigación pretende aislar, definir y relacionar categorías como producto, bajo el supuesto de que el enfoque cualitativo aísla, define y relaciona categorías, como procesos cambiantes, buscando la naturaleza de dicho proceso. Lo anterior implica que las muestras cualitativas no son generalizables indiscriminadamente; asimismo, cabe señalar que una metodología no sustituye a la otra, ya que observan diferentes aspectos de la realidad.

Los conceptos anteriores nos conducen a reflexionar sobre la validez y confiabilidad de nuestro estudio. Y dado que éstas se construyen, ello nos obliga a que sea el propio investigador quien participe en esta validez, al transformarse en un instrumento de la investigación, como un singular "colector y analizador" de datos, los cuales ordena, interpreta, evidencia patrones, pero, al mismo tiempo procura no inmiscuirse o direccionar sesgadamente la generación del dato.²

Así entonces, la confiabilidad y validez de nuestro estudio las fincamos en lo posible en la adecuada y correcta aplicación de los instrumentos que se derivan de nuestra reconstrucción teórica, que pretende comprender más que explicar el problema de estudio, es decir, no se puede medir la velocidad de la luz con una herramienta derivada de la teoría social, como tampoco podemos comprender como proceso social las representaciones sociales con una derivada de una teoría física. Esto nos lleva a considerar que si queremos generalizar datos, necesitamos precisamente una muestra de tamaño convencional, y procurar que incluya aquel universo que nos interesa. En cambio, sí nos conviene estudiar dentro de ciertos límites razonables el consenso de un grupo social; éste

respuestas; para lo cual, si bien se parte de cuanto sabe la gente, se busca una correlación entre las respuestas y se seleccionan las más consensadas, analizando las similitudes por diferentes vías (Rommey,;1986).

² De acuerdo con Weller y Rommey (1988), el número de informantes adecuado para producir niveles de confianza se puede estimar con base en el nivel de competencia de los informantes (confiabilidad de cada individuo, dada por la raíz cuadrada del promedio de intercorrelación entre los que tienen y no consenso); esta competencia generalmente es mayor de 0.5. Por ejemplo: para un nivel de competencia cultural de 0.5, una proporción de preguntas de una entrevista estructurada de 0.8; para un nivel de confianza de 95% se requieren nueve informantes, y para una confianza de .99%, quince.

no se obtiene por la simple aplicación de una fórmula para calcular su tamaño, sobre todo si se toma en cuenta que nuestro objeto de estudio, el grupo y su discurso, son productos sociales y no esencias estructurantes de lo social, ya que la individuación se da por lo social y no al revés; así, el relato de cada individuo se considera un testimonio de la sociedad que lo envuelve y donde se desenvuelve, sin que aquél sea el discurso de toda la sociedad, porque esta última o el grupo son bastante complejos, y es en alguno de sus segmentos donde el individuo se organiza, siendo de estos segmentos testimonio vivo.

Cabe señalar, además, que los estratos en que dividimos a nuestros informantes --mayores de cincuenta, menores de cincuenta y mayores de veintinueve, y menores de treinta-- no deben verse como la esencia irreductible de las relaciones de las que forman parte, por el contrario, son puntos de intersección de un conjunto determinado de relaciones socioculturales y, por tanto, representativos de esas intersecciones del entramado social.

Al definir estos cruces significativos en la formación de representaciones sociales por generación, consideramos que la misma experiencia del contacto con los actores nos daría el número adecuado de representantes para cada estrato, además de tomar en cuenta el número recomendado por Weller y Rommey (1988) para una competencia de 0.5 y 95% de confianza, que al fin de cuentas quedó como mayor a diez personas por generación (con la posibilidad de ser más); sin embargo, fueron los resultados los que nos indicaron la mayor o menor necesidad de ampliar o disminuir nuestra muestra teórica, la cual quedó finalmente como a continuación se describe:

Abuelos = 13 (hipertensos, 9; no hipertensos, 4)

Padres = 12 (hipertensos, 3; no hipertensos, 8)

Hijos = 11 (hipertensos, 1; no hipertensos, 10)

Respecto al perfil deseado para nuestros informantes, en cada grupo o estrato generacional, como era de esperar, la hipertensión se manifestó con mayor frecuencia en las edades superiores,³ por lo que incluimos sólo a aquellas personas que hayan residido permanentemente en la colonia, con objeto de asegurar una línea de continuidad temporo-espacial en nuestros informantes, y así den cuenta de los cambios socioculturales que pudieran afectar las representaciones sociales de la enfermedad en las tres generaciones del grupo social estudiado.

4.4. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS PARA LA CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Aspectos generales

En nuestra investigación, debido al enfoque híbrido que aplicamos de metodología cualitativa y cuantitativa, tomamos en cuenta los siguientes aspectos:

1. Para los investigadores cualitativos no existe una unidad en la aplicación de sus conocimientos: unos señalan la necesidad de traspasar fronteras y otros en permanecer dentro de su parcela (esta posición la adoptan muchos investigadores cuantitativos) (Pedersen, 1995). En nuestro caso nos adherimos a la primera posición.

2. Debido a que el investigador (independientemente que utilice la metodología cualitativa o cuantitativa) está insertado en una cultura, tiene que ser consciente que ésta incide en su labor interpretativa, y facilita la profundización o la familiarización con su objeto de estudio, con las consabidas ventajas y desventajas que esto conlleva. La hibridación de técnicas y el apego a la metodología pueden mitigar los sesgos de validez interna, ya que trabajamos bajo el supuesto de la complementación.

³ La prevalencia de la hipertensión arterial está en relación inversa con la edad; en nuestros estudios hemos observado que la proporción de casos en personas mayores de cincuenta años supera el 50%, mientras que en los menores de treinta es menor a 10%.

3. Aspectos importantes son también la cantidad y el control de los datos obtenidos, así como la relación establecida entre el entrevistador y el entrevistado.

En lo que toca a la metodología cualitativa, como alternativa de investigación de la realidad, Mc Cracken (1988) señala que existen otros aspectos que deben tomarse en consideración:

1. La marginalidad de este enfoque, sobre todo por la popularidad que goza el enfoque normativista en investigación de la salud.

2. La necesidad de una cooperación disciplinar.

3. Las diferencias entre los objetivos de un tipo de investigación y otra (la cuantitativa pretende aislar, definir y relacionar categorías como un producto; la cualitativa aísla, define y relaciona categorías, como procesos cambiantes, en busca de la naturaleza del proceso).

4. Como ya se mencionó en el inciso de la muestra, en metodología cualitativa las muestras no son generalizables, dado que son seleccionadas con ciertos objetivos prefijados, " poca gente, para saber bastante de ella"; insistimos en señalar que una metodología no sustituye a la otra, ya que no sólo observan diferentes aspectos de una misma realidad, sino que se complementan.

5. Un aspecto relevante es que en el enfoque cualitativo el propio investigador se transforma en instrumento de investigación, y participa en la validez de los resultados, al ser un "particular colector y analizador" de datos, los cuales ordena, interpreta evidenciando patrones. Al efecto, procuramos en lo posible no inmiscuirnos ni direccionar sesgadamente la generación del dato, por lo que tratamos de no ser escuchas activo, y no familiarizarnos a tal grado que no pudiéramos ver ciertos hechos relevantes.

En la preparación de las entrevistas, además de la revisión bibliográfica sobre aspectos metodológicos y culturales *ad hoc*, revisión de la literatura, que nos ayudó para definir los problemas referentes al acceso a los datos, y tener elementos para una apreciación detallada y sistemática en la elaboración de un modelo de las representaciones sociales, con el fin de construir nuestra guía. Así,

se elaboró una de carácter general, la cual no se llevó a ninguna entrevista, ya que se memorizó y aplicó conforme el entrevistado desarrolló la conversación, sin forzarlo, sólo orientando la dirección de manera general.

Posteriormente, ya construida la guía, la estrategia de captación de datos la conformamos en varias partes: la primera se destinó a captar cuestiones biográficas que permitan además iniciar cordialmente la entrevista; la segunda se estructuró con preguntas-temáticas *grand tour*, es decir, no obstructivas, que faciliten los objetivos de la entrevista, por ejemplo: ¿cuáles son las causas de la presión arterial alta?, en caso de duda o no continuar el informante, se le alentó con algunas frases o ademanes de refuerzo a los temas propuestos; al finalizar se hicieron algunas preguntas biográficas complementarias.

La guía fue probada en cuatro informantes piloto, dos hombres y dos mujeres jóvenes y adultos, todos obreros de una colonia vecina y totalmente ajenos a la muestra investigada.

El uso de la guía en nuestra investigación lo vimos con discrecionalidad, ya que en una entrevista la guía nos ayuda en cierta forma a cubrir todo el terreno a investigar, crear distancia, establecer canales para la dirección y panorámica del discurso a captar, dar toda la atención al testimonio del informante.

Nuestro procedimiento para la investigación doctoral se basó en la recopilación de material discursivo producido espontáneamente a través de entrevistas abiertas con un formato semiestructurado, en el que se exploraron los elementos constitutivos de la representación social de la hipertensión arterial, la cual se consideró como representación central; trato de establecer de entrada que fuéramos aceptados, y que los entrevistados expresaran abiertamente sus opiniones, para así crear un clima de seguridad y poder realizar, con las menores intervenciones posibles de nuestra parte, preguntas abiertas de manera simple, siempre procurando escuchar detenidamente, sin dejar de ver otros aspectos relacionados, que van desde falta de comprensión al informante hasta distorsión de las preguntas o las respuestas.

El tipo de estudio elegido nos obligó a recurrir a la memoria de los participantes, como un recurso para acceder la información sobre representaciones sociales; consideramos pertinente este enfoque debido a que el entrevistado tiene ventajas sobre el investigador, dado que ha vivido en el tiempo y espacio, donde ha transcurrido la acción que interesa, y porque de alguna manera se ha interesado en el tema, sea porque la ha experimentado como enfermo, o la ha conocido como familiar o amigo de alguien que la padece. Sin embargo, fuimos conscientes que la memoria de los entrevistados (sobre todo los de generaciones de edad avanzada) podía debilitarse y hacer difusos o confusos los datos proporcionados, además de que en todos los informantes el dato está matizado por su misma historia, por lo que tuvimos que evaluarlos desde los intereses materiales y simbólicos que organizaron su participación, es decir, el lugar que ocupan los hechos en la estructura de relevancias que organizan la percepción del entrevistado, formada por valores, saberes, certezas, bajo el supuesto de que son compartidos por casi todos sus contemporáneos. Este aspecto nos dio luz sobre el sentido particular que para nuestro entrevistado tuvieron ciertos actos referentes a las causas, síntomas, tratamiento y complicaciones, con ello logramos prevenir la posibilidad de confundir el tiempo entre lo ocurrido y el momento de la entrevista. Dado que nos identificamos como investigadores, procuramos que nuestra presencia e imagen modificara lo menos posible esta reconstrucción, por lo que invitamos a nuestro entrevistado para que interpretara los hechos investigados desde sus propios valores y saberes, reduciendo nuestra participación a su mínima expresión, aceptando en dos casos la necesidad de cambiar de entrevistado por razones de fuerza mayor (incapacidad de hablar por enfermedad y cambio de localidad), o sea, modificar la muestra, ya que tratamos de realizar una entrevista que implique una relación de investigación conjunta, discutiendo los propios significados de la entrevista como un proceso de coinvestigación, donde se puede volver a analizar, y rectificar lo dicho, ya que el dato es un complejo objetivo-subjetivo, cuyo significado es historia interpretada, y es precisamente este último aspecto el que

nos interesa, el reconocimiento conjunto de los criterios interpretativos que hicieron que dicho dato fuera posible, de tal manera que podamos estructurar una teoría conjunta, que no necesariamente sea homogénea (como cualquier teoría).

Asimismo, en la aplicación de la entrevista procuramos dejar bien claro lo que pretendíamos, por ejemplo, qué debe pensar el entrevistado del entrevistador, para eso nos presentamos con cierta formalidad en el vestir y en la conducta y hablar, para ayudar al entrevistado a identificarnos en nuestro rol de investigador ; en lo que toca a la relación, si bien procuramos fuera en un sentido claro, como ya se mencionó, desarrollamos cierta informalidad, de tal manera que nuestros entrevistados se sintieran dispuestos a declarar con toda confianza y tranquilidad.

El lugar de las entrevistas siempre lo decidió el entrevistado, bajo la premisa de que fuera propicio para hacerlas; generalmente, fue en la sala de la vivienda o el patio de entrada.

Se planearon un número de tres entrevistas, con un promedio de 60 minutos en cada vez para cada informante. El registro de los datos lo efectuamos en cintas magnetofónicas para cassette, marca TDK de 60 ó 90 minutos, en una grabadora marca Sony, con micrófono de solapa.

En la primera entrevista me circunscribí a facilitar el inicio de la conversación, a comunicar al entrevistado nuestro objetivo, la importancia de la investigación; para ello se hizo hincapié en solicitar su colaboración⁴ e información inicial, con el fin de asegurar la mayor espontaneidad en el discurso. En este primer momento utilizamos la entrevista abierta con base en:

a) La guía de preguntas generales, memorizada, donde se introdujeron de manera genérica los temas de etiología, sintomatología y tratamiento y complicaciones de la hipertensión arterial.

⁴ Conviene recordar que durante el censo preliminar de la colonia se invitó a colaborar a las personas en el estudio, por lo que no fue tan sorpresiva nuestra propuesta de realizar una entrevista.

b) La premisa de dejar hablar al informante, con entera libertad, y registrar los aspectos clave de manera escrita en una libreta de notas ocasionalmente, y de manera sistemática su testimonio completo con una grabadora.

Durante el curso de la entrevista procuramos que el entrevistado profundizara o explicara algún aspecto que no hubiera quedado claro, o que fuera de interés; en estos casos alentamos al entrevistado a continuar su discurso reforzándolo con ademanes de aprobación para que siguiera, o con un "ajá", "muy bien", "qué más", o expresando la última frase o palabra mencionada por él.

Este procedimiento nos proporcionó discursos de 60 minutos de duración promedio, con una riqueza de datos en torno a la información, actitudes y campos representacionales, expresados sobre la enfermedad.

La segunda entrevista se basó en la comparación de lo dicho durante la primera, con nuestro esquema de operacionalización de conceptos a investigar, y la pretensión de profundizar en los puntos faltantes y contradictorios; esta segunda entrevista la iniciamos haciendo del conocimiento del entrevistado, los resultados por escrito de la primera sesión, con objeto de que pudiera tener la oportunidad de enfatizar en el análisis e interpretación de lo dicho, y hacer las rectificaciones o añadidos que consideró pertinentes; esta vez también se grabó, para posteriormente obtener de su transcripción los datos que complementarían la primera entrevista ya transcrita. Asimismo, se aprovechó para aplicar la técnica de listas libres en lo que toca a las causas, síntomas, tratamiento y complicaciones de la presión arterial alta, con objeto de tener material adecuado para la aplicación del sorteo de montones⁵ en la tercera.

En la tercera entrevista se le entregó el producto de las dos anteriores corregido y aumentado por el propio informante, donde éste tuvo la oportunidad

⁵ La lista libre y el sorteo de montones son técnicas derivadas de la entrevista estructurada, que pueden o no ligarse; en nuestro caso, las listas libres nos proporcionaron el sustrato del dominio cultural de los tres grupos estudiados, para conocer causas, síntomas, tratamiento y complicaciones de la presión arterial alta (hipertensión arterial), con base en la pregunta ¿dígame usted todas las causas que conozca, o le hayan dicho, que producen la presión arterial alta?; con las respuestas que tuvieron más de una, se elaboraron tarjetas con los nombres de los conceptos a explorar en el sorteo de montones.

de efectuar las últimas aclaraciones si éstas eran pertinentes, además se provecho para aplicar la técnica de antropología cognitiva, el sorteo de montones. Por último, se le solicitó a cada informante su anuencia para publicar partes de los testimonios de manera anónima en el texto de la tesis doctoral.

Aunque originalmente habíamos planeado tres, hubo una cuarta entrevista en la cual se terminó de complementar la información que se considero faltante, la cual también fue aprovechada para aplicar una prueba de rangos para los conceptos investigados en términos de frío o caliente.

De acuerdo con la recomendación de algunos investigadores (Mc Cracken, 1988) para obtener ventaja de la metodología cualitativa, triangulamos algunos de los principales resultados de ésta con técnicas de antropología cognitiva, para confirmar los marcos conceptuales de sentido común observados en nuestros informantes, agrupados por generación.

La estructuración de cuestionarios para técnicas de antropología cognitiva, que en este caso fueron las listas libres y el sorteo de montones, se realizó mediante la aplicación del programa Anthropac (Borgatti, 1992).

Las pruebas de antropología cognitiva se aplicaron con el propósito de establecer una triangulación metodológica; de acuerdo con los conceptos vertidos sobre los temas de causalidad, sintomatología, tratamiento y complicaciones, declarados por nuestros informantes y analizados en matrices. El objetivo buscado fue contrastar dichas matrices y ayudar a definir e identificar el dominio semántico de cada grupo generacional y poderlo plasmar en diagramas multidimensionales.

Para el efecto se estructuró una lista de frecuencias de los conceptos expresados sobre causas, síntomas, tratamiento y complicaciones de la hipertensión arterial, manifestados al aplicar la técnica de listas libres, durante las entrevistas abiertas, a los integrantes de cada generación, usando el lenguaje de los propios informantes.

Con base en los items con frecuencia superior a uno, con apoyo del programa Anthropac, elaboramos el material para la técnica del sorteo de

montones, y para ello utilizamos tarjetas bristol blancas de 10x15 centímetros, escribiendo en cada una los items seleccionados, en letra de imprenta negra; para su aplicación, estas tarjetas fueron revueltas en forma aleatoria y presentadas a cada informante de manera que, sin ninguna restricción, pudieran crear los montones (las categorías) que consideraran pertinentes, sin que se les interrumpa o cuestione, salvo preguntarles ¿por qué los acomodó así?

Los rangos ordenados se analizaron en el programa Anthropac y se obtuvieron las claves de consenso para cada concepto y grupo generacional.

La información recabada se complementó con la obtenida con otros tipos de informantes: personal de la clínica del IMSS, boticario, sacerdote y partera, mediante entrevistas semiestructuradas, que se realizaron con base en los puntos básicos de los conceptos eje de las representaciones sociales, detectadas en el grupo de informantes generacionales, en las áreas de conocimientos, fuentes de información y campos representacionales. La entrevista tuvo como base la estructurada para la población entrevistada, con los ajustes pertinentes para cada caso.

La información sobre la colonia, de carácter histórico, se obtuvo principalmente de fuentes secundarias, aunque se exploraron archivos documentales, del Gobierno del Estado, de Guadalajara y la Parroquia de Jesús. En lo que toca al estudio de la comunidad, nos apoyamos en la guía del doctor Héctor García Manzanedo (1983).

Control de calidad

Consistió en adoptar constantemente una actitud conservadora, tomando en cuenta las recomendaciones al efecto propuestas por Bunge, para determinar la científicidad de una teoría, es decir, que tenga síntomas de veracidad: exactitud, como una explicación precisa; economía, que no provoque suposiciones innecesarias; consistencia interna, en explicaciones que no interfieren con otras; consistencia externa con los lineamientos que guían el estilo científico social de la

indagación; unidad en la estructura del trabajo; poder que explique la mayor parte de los datos recabados, y fertilidad para hacer más claro nuestro mundo de vida.

El proceso de redacción

Nuestro objetivo en este proceso fue acomodar de manera organizada los datos en un número ilimitado de páginas. Para el efecto se realizó un guión preliminar donde se plantearon los siguientes capítulos: introducción y planteo del problema, contexto, marco teórico, método de trabajo, resultados, divididos en los de las entrevistas y los de la aplicación de las técnicas de antropología cognitiva y conclusiones .

Gerencia de la investigación

La gerencia de nuestro estudio planteo de manera estricta la no delegación de las actividades de campo, con objeto de establecer en el sitio de la obtención de la información las triangulaciones necesarias; el análisis de las entrevistas y los datos; la única actividad comisionada fue transcripción del borrador, la cual fue supervisada.

La administración de la investigación implicó el entrenamiento teórico-práctico del tesista en la técnica de la entrevista por un psicólogo con experiencia. Para el manejo del programa Antropac se recibió un curso, auspiciado por el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM.

La elaboración de la guía fue responsabilidad del que escribe, con base en las asesorías puntuales del comité de tesis y el director, así como otros especialistas consultados.

Las entrevistas las desarrolló el tesista; en ocasiones se contó con el apoyo de un estudiante de maestría como observador para la grabación y tomar notas relevantes, y se solicitó a un doctorando en Ciencias Sociales que

escuchara las transcripciones de la cinta grabada y opinara de manera general sobre la entrevista.

Apéndices

En el apéndice A se presenta la guía de la entrevista y un cuestionario estructurado, que fueron aplicados selectivamente en los temas tocados por el entrevistado.

En el apéndice B se encuentran los estándares éticos donde el investigador se presenta, solicita la autorización de la entrevista, la publicación de resultados y el envío de éstos al entrevistado.

4.5. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE ANÁLISIS

El proceso de análisis lo dividimos en cinco estadios, cada uno de ellos representa un mayor grado de generalidad.

El primer estadio consistió en determinar la genuina transcripción de las palabras del entrevistado.

En el segundo se tomaron esas observaciones (categorías, relaciones, etcétera) y las desarrollé de acuerdo con la concepción del entrevistado, las evidencias transcritas y la revisión de la literatura previamente realizada.

En el tercero cambié el foco de atención desde la transcripción a las observaciones realizadas en el segundo, para verificar las ideas que emergen de ese proceso de comparación.

En el cuarto tome las observaciones y temas previamente generados de manera colectiva para determinar patrones de consistencia y contradicción.

En el quinto tomé los procesos y patrones detectados y los relacioné con los demás informantes, estableciendo una tesis.

Durante la cuarta etapa aplicamos la tecnología computarizada al proceso, para ello utilizamos como procesador de palabras el Word, de tal manera que

pudiéramos obtener varios productos: la transcripción original, la original con observaciones, la original con observaciones y metaobservaciones (de las fases I y II); estas observaciones, en ocasiones, estuvieron basadas en el análisis de la frecuencia de palabras o conceptos afines. Cabe señalar que nos apoyamos en la discusión, para completar el análisis, invitando a una doctorando en Ciencias Sociales.

De acuerdo con la estrategia anterior, el análisis de los datos se inició con ayuda de una transcritora marca Sanyo; sin embargo, la transcripción inicial la efectuamos nosotros mismos, a mano, a manera de recordatorio, para ayudarnos a diseñar diagramas de interrelación entre conceptos, inmediatamente después de la entrevista.

La transcripción de borradores la realizó un ayudante con experiencia, de esa manera procuramos evitar sesgar el análisis posterior para determinar las categorías, relaciones y presunciones que plantearon los entrevistados.

La información recabada a través de las entrevistas abiertas a los informantes de cada generación, se analizó con base en la estructuración de conceptos, patrones y relacionamientos alrededor del núcleo figurativo de la hipertensión arterial, lo cuales fueron registrados en hojas aparte para realizar un análisis por temas y grupo.

De las mismas entrevistas obtuvimos la materia prima para aplicar la técnica de la teoría fundamentada en sus cuatro etapas:

a) Establecer categorías basadas en similitud de incidencias y diferencias de contenidos con otras, para aclarar las propiedades teóricas de cada categoría.

b) Comparar incidentes dentro de cada categoría, dimensionándolos hasta sus extremos, para lograr la integración de una globalidad que refleje las propiedades o relaciones de cada categoría.

c) Examinar categorías y propiedades para ubicar uniformidades subyacentes que puedan reducir su número. Buscar la saturación teórica del contenido y agregar nuevos incidentes a las categorías, sólo cuando éstos explican una nueva dimensión.

e) Producir documentos analíticos para resumir las explicaciones teóricas, los cuales darán base a la discusión de la tesis, al compararlos con los resultados obtenidos con el programa Anthropac.

El método de análisis de las entrevistas se realizó básicamente de la manera siguiente: paralelamente a la transcripción se elaboró un listado de conceptos para cada una de las áreas exploradas; en caso de que se presentaran conceptos fuera de esas áreas, pero relacionados con el tema, se registraban como un nuevo ítem; una vez identificados, se estructuró para cada caso un diagrama de relacionamientos, y se ordenaron por su secuencia cronológica, para cada grupo generacional, con el objeto de: 1) encontrar su sentido y significado, y 2) integrar, mediante la abstracción de sus cualidades esenciales, la variabilidad, las categorías que nos ayudarán a estructurar la representación social del proceso hipertensión arterial en dicha generación.

Para la diferenciación y discriminación de conceptos se siguió el siguiente procedimiento:

a) Discriminar secciones de entrevistas no referidas al proceso de hipertensión arterial.

b) Dividir el relato en un mínimo de cinco áreas de interés.

c) Discriminar para cada área, las dimensiones informacional, actitudinal y representacional; esta última en imagen y significado.

d) Discriminar en los conceptos de cada dimensión, las acciones referentes a la primera y terceras personas.

e) Elaborar un listado de categorías, mediante la lectura repetida de los memoranda con el propósito de elaborar proposiciones específicas de cada grupo. Por ejemplo: "Antes la gente se moría sin saber de qué, pero ahora la ciencia le ha puesto nombres a las enfermedades". El criterio de integración se basó en la búsqueda de correspondencia entre la categoría y la unidad de referencia; cuando esto no ocurría se analizaban sinonimias, sentido y significado de las oraciones para incluirlas, desecharlas o abrir una posible nueva categoría.

f) Integración de las diferentes categorías, primero, mediante un esquema de relaciones, para después elaborar argumentadamente la representación social de la hipertensión arterial de cada generación.

f) Con estas categorías se estructuró una matriz de variabilidad para precisar el sentido de éstas en la generación bajo estudio.

Unidad de referencia

La unidad lingüística básica de esta técnica es la oración. Mediante la ubicación sistemática de oraciones se discrimina el discurso en cada uno de los pasos del procedimiento. Cabe mencionar que la extensión de las oraciones fue variable, en términos de su coherencia y sentido en relación con el ítem analizado.

Respecto a este último punto, adaptamos a nuestro análisis las siguientes definiciones, que Strauss y Corbin (1990) denominan como memos y diagramas.

Definición de términos

Notas de códigos. Los memos contienen los productos de tres tipos de codificaciones: etiquetas conceptuales, hechos paradigmáticos e indicaciones de procesos.

Notas teóricas. Contienen los productos del pensamiento inductivo o deductivo, acerca de categorías relevantes o potenciales, sus propiedades, dimensiones, relaciones, variaciones, procesos y matrices condicionales.

Notas operacionales. Son memos que contienen la información que Usted y los miembros del equipo han considerado durante la observación y el muestreo, preguntas, posibles comparaciones o puntos que revisar o tener en cuenta más adelante.

Diagramas. Representaciones visuales de relaciones entre conceptos.

Diagramas lógicos. Representaciones visuales de pensamiento analítico, que muestran la evolución de la relación entre las categorías y sus subcategorías, en términos de hechos paradigmáticos.

Así entonces, de acuerdo con las definiciones dadas, los memos y los diagramas son formas escritas de nuestro pensamiento abstracto, que se inician con el proyecto de investigación y continúan hasta el escrito final; nos ayudan a tomar distancia de los materiales y nos asisten para desplazarnos dentro del pensamiento abstracto, para retornar a los datos y fundamentarlos.

Para la elaboración de nuestros documentos tomamos en cuenta y adaptamos las consideraciones generales y particulares que Strauss y Corbin (1990) señalan para el caso, y que a continuación se enlistan:

Generales

1. Los memos y diagramas variaron en contenido y extensión, según fase de la investigación y tipo de codificación.
2. En un inicio los memos y códigos aparecieron confusos y simples.
3. No sobrescribí nada en los documentos originales, porque se dificulta su lectura, confunden ideas, y dificulta juntar información; cuando fue necesario se hicieron copias de esos documentos para realizar anotaciones, agregados, cortes, etcétera.
4. Mi sistema de codificación fue una combinación del uso de la computadora y el proceso manual en hojas separadas, folders, tarjetas y libretas.
5. En todo momento intenté propiciar la asociación y el desarrollo de ideas.
6. Procuré destacar los vacíos de información, sea de conceptos, hechos o relaciones.
7. Como base de ideas analíticas, los memos y diagramas nos facilitaron la ordenación y el análisis a nuestras necesidades.

Particulares:

1. Cada documento lo fechamos y referimos al documento fuente.
2. Cada memo o diagrama tuvo un encabezado, denotando las categorías o conceptos pertinentes.
3. Se incluyeron pequeñas frases o anotaciones para usarse posteriormente.
4. Se dividieron en varias formas, según se fue requiriendo.
5. Pusimos en itálicas los conceptos, paradigmas o relaciones, para su rápida identificación.
6. En ocasiones referimos notas teóricas, atrás.
7. Cuando un incidente presentó dos categorías, se hizo una nota para cada uno.
8. Cuantas veces fue necesario modificamos los memos o diagramas, según progresó la investigación, pero siempre con un antecedente.
9. Se elaboró una lista manual de códigos emergentes.
10. Cuando dos memos se parecían, los comparé sistemáticamente, y si eran iguales, los colapsé.
11. Se procuró tener siempre dos copias de los memos y diagramas.
12. Se Indicó en los memos cuando sentía saturación.
13. Cuando se tuvo alguna idea importante, se anotó en el memo, y luego se puso en otro de manera más extensa y clara.
14. Aunque difícilmente estuve relajado, siempre traté de ser flexible al elaborar memos y códigos
15. Se procuró permanecer conceptuoso durante la elaboración de memos y diagramas.

En el análisis del contenido y organización del material se usó la técnica listas libres y análisis de correspondencias, estructurando una especie de diccionario para su asociación, por ejemplo: hipertensión, además de tener palabras, imágenes o acciones asociadas, puede tener como campos lexicales, más que semánticos en estricto *sensu*, las palabras estímulo como tensión, nervios, estrés, presión, etcétera.

El análisis de correspondencia buscó establecer su organización analizando los grados de traslape o independencia entre los datos captados, *v.gr.*: las palabras estímulo, lo cual nos ayudó a establecer el núcleo figurativo.

Para el análisis cualitativo de la información recabada fue necesario aplicar una técnica para registrar sistemáticamente las áreas referidas a la hipertensión arterial como un proceso, es decir, una técnica que respondiera a los intereses específicos de la investigación y a las categorías expresadas por las personas que colaboraron con el estudio.

Por lo anterior, consideré la hipertensión arterial como un proceso. Aspecto que no se integró de manera total en los textos recabados. Ya que el contenido de las entrevistas, sobre la experiencia con la hipertensión arterial, plantea información diversa; cabe señalar que, prácticamente en todos los casos, las personas entrevistadas iniciaban la conversación con el señalamiento de que desconocían el proceso en términos especializados, es decir, médicos. Los entrevistados también mencionaban otros elementos experienciales que consideraban relacionados con el tema en cuestión; estos elementos de índole cultural se refieren al diario acontecer de las personas, al conocimiento cotidiano de sentido común. Este es el contexto en el cual se desarrolla el discurso de los entrevistados.

Como contexto para el análisis, consideré a aquel que está formado por todas aquellas referencias del relato obtenido, sobre las circunstancias, eventos, situaciones, relacionamientos, etcétera, que expresaron las personas entrevistadas, como parte de su mundo de vida. Estos segmentos se encuentran casi siempre al inicio de las entrevistas, aunque en ocasiones se intercalaban a lo largo de ella, por parte del entrevistado, en función del interés que cada uno de ellos pone para destacar una situación o hecho relevante relacionado con el tema en cuestión: el proceso de hipertensión arterial, el que consideré como la secuencia que va desde la concepción y experiencias que los entrevistados tienen, principalmente sobre las causas, síntomas y signos, tratamiento y complicaciones referentes a la presión arterial alta.

Etapas del proceso de reconstrucción

Este término fue acuñado por Bartlett (1932) en su clásico estudio sobre la memoria, donde plantea que el conocimiento se organiza con base en patrones interrelacionados, contruidos a partir de todas nuestras experiencias, lo cual nos puede ayudar a hacer predicciones sobre futuras experiencias.

El hecho de dar sentido a un discurso en un proceso que utilizó nuestro conocimiento lingüístico y contenido, ese esquema o guión de la película mental, es extremadamente importante, de ahí que hayamos adaptado el enfoque de teoría de marcos y esquemas, que señala que no todo viene preempaquetado, sino que hay una reconstrucción.

Para procesar los discursos obtenidos tome en cuenta que existe una controversia sobre el uso de modelos para comprender cómo trabaja el proceso para interpretar un discurso; al efecto, usé la técnica de abajo arriba, donde se identifican las unidades más pequeñas de lenguaje y se van intercalando hasta formar otras más grandes, así existe un encadenamiento entre palabras, frases, etcétera.

Causalidad

La causalidad la refiero tal como la entiende el paciente: como los motivos, razones u orígenes por los cuales el mismo entrevistado considera las alteraciones de la presión arterial; esto implica la definición de la presión alta y su imagen por parte del entrevistado. Dado que se pretende entender la hipertensión como un proceso, esto implicó, por una parte, la descripción de algunos antecedentes de la persona entrevistada para comprender los motivos del desarrollo de la alteración y, por otra, la explicación de la alteración de la presión arterial en cualquier sentido.

Signos y síntomas

Los consideramos como aquellos que abarcan toda señal específica que el entrevistado percibe como provenientes de la presión alta, sea al inicio o durante la misma, motivadas por experiencia propia, como es el caso de los pacientes o de la interacción con otros en el caso de los no enfermos.

Tratamiento

Entendido como prescripción remedial de la alteración de la presión arterial; incluye no sólo medicinas alopáticas, sino las alternativas, o recomendaciones de sentido común para aliviar el problema.

Complicaciones

Estas consideran cualquier consecuencia que complique o agrave el proceso de hipertensión arterial.

Dimensiones del proceso de hipertensión arterial

- **Informativa**

Se refiere a la obtenida en interacción con personas y medios de comunicación, contextualizada en función de sus procesos de socialización.

- **Actitudinal**

Responde a la expresión del mundo interior revelado en términos de aprobación, reprobación, ignorancia o neutralidad hacia algún aspecto del proceso estudiado.

- Representacional

Se manifiesta como el significado y la imagen que se tiene sobre el proceso de la hipertensión arterial.

Análisis de las técnicas de antropología cognitiva

Los resultados obtenidos en la prueba del sorteo de montones sobre causas, signos y síntomas, tratamiento y complicaciones, fueron la base de un análisis multidimensional de similitudes y disimilitudes, así como de proximidad, que se realizó con apoyo del programa Anthropac.

Debido a que el análisis de procesos, en representaciones sociales, conduce a otorgar relevancia a la inserción social del sujeto, hicimos comparaciones intergeneracionales de similitudes y disimilitudes, para no tener una visión meramente diacrónica del proceso.

En lo que toca a las técnicas de triangulación, el análisis se realizó de acuerdo con cada técnica. Así, las listas libres fueron tabuladas contabilizando el número de personas interrogadas que mencionaron un ítem, los cuales se ordenaron siguiendo la frecuencia de respuesta, obteniéndose porcentajes; los resultados sirvieron para elaborar los datos base para las pruebas de sorteo de montones y los rangos ordenados.

El análisis de los rangos incluyó un juicio sobre similitudes sobre los conceptos frío o caliente, al incorporar en un eje de gráficas cartesianas los ítems obtenidos en las listas libres y así poder observar, intuitivamente, el orden de las representaciones asociadas en términos de similitudes.

En el caso del sorteo de montones se buscó definir las principales categorías creadas y definir el tipo predominante en las creaciones individuales *lumpers* y *splitters* (amontonadores y divisores).

En suma, el proceso de análisis comprendió cinco etapas:

a) Determinar la genuina transcripción de los discursos recabados.

b) Contrastar resultados, buscando categorías, relaciones, que se desarrollaron de acuerdo con la concepción del entrevistado y la literatura consultada.

c) Verificar ideas, desde la transcripción a las observaciones.

d) Análisis colectivo para determinar patrones de consistencia o contradicción.

e) Determinación de procesos generales y elaboración de teorías empíricas.

Elementos tomados de la técnica de análisis del discurso

- Aspectos aclaratorios

-Se utilizó el término texto para referirnos al registro escrito de un evento discursivo, el cual involucra al lenguaje oral registrado o conversacional.

-Reservamos el término curso para referirnos a la interpretación del evento comunicativo en un contexto.

-Debido a que en el lenguaje oral se obvia el contexto, en el escrito, como fue nuestro caso, se tuvo que crear.

-Fui consciente de que el lenguaje escrito es más propio para la acción; el oral para la interacción. Y que el oral difiere del escrito, entre otras cosas, por la densidad lexical (DL). DL = palabras de contenido/ cláusulas.

-En esta investigación usamos el término texto para referirnos al registro escrito de un evento comunicativo, el cual involucra al lenguaje oral de la entrevista o comunicación.

-Reservamos el término discurso para hacer alusión a la interpretación del evento comunicativo en un contexto.

-Los tipos de discursos que consideramos importantes fueron: a) lenguaje transaccional, en el cual hay intercambio de bienes y servicios, y b) lenguaje interpersonal, que tiene funciones de sociologización. En sí el propósito del lenguaje se refleja en el discurso mismo.

- Nuestro contexto no lingüístico o no experimental fue el siguiente:
 - Tipo de evento comunicativo: entrevista.
 - Tópico: conceptos referentes a la presión arterial alta., definición, causas, etcétera.
 - Propósito: obtener información directa de personas pertenecientes a tres generaciones, sometida a estudio para desarrollar la investigación doctoral sobre las representaciones sociales de la hipertensión arterial en la colonia Fábrica de Atemajac.
 - Sitio: domicilio de los entrevistados.
 - Tiempo: mañanas o tardes, previa cita, en los meses de Marzo de 1994 a Mayo de 1996.
 - Número: 36 entrevistas.
 - Duración promedio: 90 minutos +- 15' cada una.
 - Lugar específico: generalmente en la sala (comedor), y en ocasiones en una recámara, y una sola vez en un mostrador de una tienda y otra en un parque.
 - Condiciones: generalmente de relativa privacidad, debido a lo pequeño de las casas y habitaciones donde se hacía la entrevista; por esa razón había ruido de tv, radio, gritos de niños que ocasionalmente solicitaban cosas al entrevistado o simplemente miraban; de vez en cuando participaba un adulto como observador.
 - Bagaje de conocimientos: el rango de escolaridad de los entrevistados fue variable, desde primaria incompleta hasta estudios profesionales finalizados; la media para los tres grupos: para los hijos: bachillerato/secundaria/primaria; padres: secundaria/primaria; abuelos: primaria/ primaria incompleta.

- Supuestos
 - Explicación del evento, que consiste en la aplicación de una entrevista sobre conocimientos, actitudes y campos representacionales (imagen, significados) y NO UN EXAMEN DE CONOCIMIENTOS.

-Cualquier respuesta era válida e importante.

-Se requerían dos entrevistas mínimo.

- Elementos lingüísticos del discurso tomados en consideración

Tipos de cohesión

-Referencia

1) Referencias anafóricas: hacia atrás.

Referencias catafóricas: hacia adelante.

2) Referencias personales: identificación de personas u objetos.

Demostrativas: se expresa por determinadores y adverbios.

Comparativas: se expresan por adjetivos y adverbios de comparación.

3) Sustitución: nominal, verbal, y cláusulas.

Nota: una elipsis es una sustitución con cero palabras, v. gr.: entrevistador: ¿El zapote blanco es bueno para la presión alta? Entrevistado: Sí, el blanco.

4) Conjunción: es un dispositivo de cohesión, señala la relación y sólo puede ser entendido en todo el texto completo. Pueden ser: adversativa, aditiva y causal (sin embargo, y, porque).

5) Cohesión lexical

-Reiteración (uso de la repetición o sinonimias) o palabras subordinadas, por ejemplo: hipertensión se subordina a enfermedad.

- Colocación: es la que causa mayores problemas en el análisis del discurso, porque incluye todos los items de un texto semánticamente referido y sólo es percibido en sus patrones si se conoce al sujeto.

6) Estructura informacional: esta se expresa con la fórmula en español: sujeto/verbo/complemento (S+V+C).

-Pares de adheencia

Una respuesta a la dificultad de identificar patrones en el discurso es abandonar el intento de proveer especificación al discurso completo y aislado en regularidades recurriendo a patrones de interacción, es decir, buscando pares de

adheencia. Por eso tratamos de trabajar con preguntas y respuestas del texto, o por secuencia de inserción, *v. gr.*:

a) Cuál podría ser la o las causas de la alta presión arterial.

b) Las causas.

a) Si las causas.

b) Bueno, podrían ser la edad, el estrés...

a) Alguna más.

b) No, creo que son todas.

-El tema y el rema

El tema es la categoría o elemento inicial de una cláusula, en torno a él se organiza una frase, todo lo que sigue al tema se le denomina rema.

Los temas pueden ser tópicos (de información conversa en el discurso) interpersonales: revelar actitudes textuales: ligan cláusulas con el resto del discurso.

-Tópico: la presión alta y sus causas Las causas de la presión arterial alta.

-Género: ha sido usado para referirse a los diferentes estilos literarios; soneto, tragedia, romances; actualmente, en lingüística se refiere a los diferentes tipos de eventos comunicativos. *v. gr.* en nuestro caso fue conversacional.

-Patrones retóricos: reflejan relaciones retóricas como: causa-consecuencia; problema-solución.

-Análisis proposicional: una frase puede contener una o varias proposiciones, *v. gr.*: el zapote blanco es bueno para la presión alta, puede ser representado por: zapote, presión, bueno.

El análisis proposicional ayuda al investigador a comparar textos, y se considera este análisis como una rama de la psicología cognitiva, que investiga los caminos por los cuales se hace y se da sentido al discurso.

Las relaciones jerárquicas deben ser consideradas para entender el sentido, ya que no todas las proposiciones son igualmente importantes.

Dándole sentido al discurso

-Coherencia del discurso

Consideraré coherente un discurso cuando éste contenía ciertos dispositivos cohesivos formadores de texto, en el entendido de que éstos son necesarios pero no suficientes para la creación de un discurso coherente, *v.gr.*: Yo nací, aquí en la colonia, mi padre fue obrero de la fábrica y mi madre también. La causa de la presión alta es el estrés. El principal síntoma es el dolor de cabeza. La complicación que más temo es la embolia.

Edmomsom (1981) señala que es difícil crear textos (no coherentes) con frases al azar, porque alguna clase de contexto es creado y da coherencia al conjunto de frases, por ejemplo:

- a) Le queremos hacer una entrevista (función: requerimiento).
- b) Estoy ocupada (función: excusa).
- A) Esta bien (función: aceptación de la excusa).

Con base en lo anterior, podemos contextualizar las frases anteriores, en una situación doméstica y dar coherencia:

- a) Le queremos hacer una entrevista, ¿nos puede ayudar, por favor?
- b) No, lo siento, no puedo contestar estoy ocupada.
- c) Muy bien, otro día será.

Cabe señalar que el interlocutor puede malinterpretar deliberadamente la atención funcional por motivos humorísticos, de ironía, etcétera.

-Actos conversacionales

Entonces la coherencia de un discurso depende de la habilidad del usuario del lenguaje, para reconocer el rol funcional que juegan las diferentes frases, sin embargo, hay que tomar en cuenta el contexto, he aquí algunas teorías:

Teoría de los marcos: se basa en que la memoria humana consiste en un conjunto de situaciones estereotipadas o marcos, construidos por nuestra experiencia: la visita a un médico nos proporciona el marco para la siguiente visita; así entonces, tenemos marcos terapéuticos tradicionales para ciertas medicinas, como las yerbas medicinales.

Teoría del esquema: este término fue acuñado en 1932 por Bartlett en su estudio clásico de la memoria, donde plantea que el conocimiento es organizado con base en patrones interrelacionados, construidos a partir de todas nuestras experiencias, lo cual nos ayuda a hacer predicciones sobre futuras experiencias .

Así, el hecho de dar sentido al discurso en un proceso que utilizó nuestro conocimiento lingüístico y conocimiento contenido, ese esquema o "guión de la película mental", es extremadamente importante. El aspecto central que adaptamos en la utilización de las teorías de marcos y esquemas es que no todo viene preempaquetado, sino que hay una reconstrucción.

- Procesamiento de nuestros discursos

Tomamos en consideración que existe controversia sobre el uso de modelos para comprender como trabaja el proceso para interpretar un discurso. Usamos el proceso de abajo arriba, en el que se identifican las unidades más pequeñas de lenguaje y se van encadenando hasta formar unidades más altas; así, existe una

identificación de letras, palabras, frases, párrafos y texto. Este enfoque ha sido dominante.

En suma, la estrategia para analizar transcripciones se basó en:

- 1) Usar el bagaje de conocimiento para comprender un texto.
- 2) Escudriñar el texto para ver encabezados, subtítulos, diagramas, etcétera, y darnos una idea general.
- 3) Familiarizarse con el texto, pensar y escribir las preguntas que nos debemos contestar con el texto.
- 4) Identificar el género del texto.
- 5) Discriminar lo importante.

-Análisis cuantitativo

El análisis estadístico se utilizó restrictivamente para hacer descripciones e inferencias respecto a los datos obtenidos con las técnicas de antropología cognitiva, donde se utilizó el análisis multivariado para apoyar la técnica de análisis de correspondencias, el cual nos mostró la distribución de las respuestas en el espacio y su organización en torno a los dos ejes que definen dicho espacio. La significancia estadística la establecimos para valores de p menores o iguales a 0.05.

4.6. PROBLEMAS ENFRENTADOS

El primer problema enfrentado fue la cooperación de los informantes generacionales, lo cual subsané a través de nuestra insistencia directa, o de forma indirecta, solicitando apoyo, a través de los vecinos, o de otros informantes. Otro problema lo constituyeron las contradicciones registradas durante las entrevistas, las cuales fueron discutidas con nuestro informante para que aclarará su significado.

La escasa información proporcionada se procuró corregir mediante entrevistas sucesivas para no cansar y dar confianza en nuestro informante.

El procesamiento de la información se tuvo siempre por duplicado, en forma de registros computacionales y por escrito; cuando hubo necesidad de que el entrevistador y un auxiliar tomaran notas, éstas posteriormente se compararon entre sí y con la grabación registrada, y se discutieron en relación con su validez y significado, para luego discutir las con el entrevistado.

Respecto al análisis de la información, después de obtener el primer borrador general de la tesis, se presentó para su discusión general con los asesores y director de la tesis, para las correcciones y ajustes pertinentes.

Planteamientos hipotéticos

Los supuestos que manejé para analizar los resultados de las técnicas usadas fueron los siguientes:

a) El medio envía mensajes diferenciados y distintas normas, para sanos y enfermos, miembros de una misma generación.

b) El concepto de hipertensión arterial y de hipertenso fluye en la representación social de manera diferencial en cada generación, siendo el rol de género más relevante cuando se está enfermo.

c) El medio sociocultural influye en las representaciones sociales de manera similar en las generaciones, encontrando que a mayores niveles socioculturales, mayor contenido biomédico.

d) Las tres dimensiones de las representaciones sociales están relacionadas con diferencias por generación, influyendo la experiencia de hipertensión arterial en la estructuración de los elementos.

e) Hay elementos nuevos o distintos que se articulan en el pensamiento antiguo de las representaciones sociales de la hipertensión arterial.

f) La representación social de la hipertensión arterial varía con el sexo y afecta más a la mujer por la normalización masculina.

g) La proximidad espacial de un hipertenso estructura una representación social más positiva.

Como principales variables se manejaron:

a) Sexo, edad, ocupación, escolaridad, estado civil, generación.

b) Conocimiento o no de afectados, de servicios medicosanitarios.

c) Nivel de conocimientos, según la biomedicina u otra práctica.

d) Fuente y nivel de procedencia de la información (tv, radio, prensa, revistas, cine, teatro, literatura, conversación, etcétera).

e) Autovaloración, general y específica de conocimientos de acuerdo con las causas, síntomas, tratamiento y complicaciones.

f) Relación de la hipertensión con cuidados, alimentos, prevención, imagen, sexo, clases sociales, escolaridad, herencia, contagio, religión, hábitos, frecuencia, responsabilidad, jerarquización con otras enfermedades, temporalidad.

g) Relaciones sociales, familiares, personales del hipertenso.

4.7. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Esta se efectuó siguiendo un formato de capitulado aprobado por el director de la tesis y el coordinador del programa doctoral; parte del material fue de tipo discursivo, dado el tema investigado; sin embargo, para fines ilustrativos y facilitadores del análisis, se intercalaron matrices relacionales, cuadros estadísticos de frecuencias absolutas y relativas; se obtuvieron también diagramas de agrupamiento de similitudes y escalas multidimensionales elaborados con ayuda del programa Anthropic, así como otras gráficas comparativas de rangos ordenados que se realizaron manualmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bartlett, F. C. (1932/1977) *Remembering. a Study in experimental and Social Psychology*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Borgatti, S. P. (1992) *ANTHROPAC 4.0*. Columbia: Analytc Technologies.
- Edmonson, W. (1981) *Spoken Discourse: a model for analysis*. Londres: Lagman De.
- García Manzanedo, H. (1989) "Manual de investigación aplicada en servicios sociales y de salud" , *La Prensa Médica Mexicana*, pp. 163 - 181.
- Grant, Mc Cracken (1988) *The Long Interview*. Qualitative Research Methods series 13. Sage Publications Inc. California.
- Höijer, B. (1992) "Confiabilidad, validez y generalizabilidad", *Comunicación y Sociedad*, núms. 14 y 15, CEIC, Universidad de Guadalajara.
- Numam, D. (1993) *Discourse Analysis*. Inglaterra: Penguin English. Middlesex.
- Pedersen, D. (1992) "El dilema entre lo cuantitativo y lo cualitativo", en F. Lolas *et al. Ciencias sociales y medicina: perspectivas latinoamericanas*. Chile: Ed. Universitaria, pp. 112- 119.
- Rommey, K., S. Weller y H. Batchelder (1986) "Culture as Consensus: a theory of culture and informant accuracy", *American Anthropologist*, vol. 88, núm. 2, pp. 313-338.

Saltalamachia, H. (1992) *Historia de vida*. Caguas, Puerto Rico: Ediciones CUUPR.

Strauss, A. y J. Corbin (1990) *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory. Procedures and techniques*. Sage Publications.

Weller, S. Y K. Rommey (1988) "Systematic Data Collection", *Qualitative Research Methods Series*, vol. 10, Sage Publications, Newbury Park Ca.

Zemelman, H. (1989) *Crítica epistemológica a los indicadores*. El Colegio de México, Jornadas, 114.

APENDICE A

Representaciones Sociales de la Hipertensión Arterial.
Guía de Entrevistas.

Numero Progresivos: _____
Fecha: _____ de _____ de 19____
Lugar: _____
Encuestado: _____

Datos del Entrevistado.

Nombre: _____ Fecha de Nac: _____
Lugar de Nac: _____ Orden de Nac: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____ E.Civil: _____
Religión: _____ Participación: _____ H.TA. (si)(no)
Serv Salud: (IMSS)(ISSSTE)(SSA)(PRIV) Otro _____

Ascendientes.

Padre: _____ Vive (si)(no) Motiv de Def: _____
Edad: _____ Ocup: _____ L de Nac: _____
L de Res: _____ Esc: _____
Madre: _____ Vive (si)(no) Motiv de Def: _____
Edad: _____ Ocup: _____ L de Nac: _____
L de Res: _____ Esc: _____

Colaterales

Hermanos.

Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____

Tios Paternos.

Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____

Tios Maternos.

Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____

Otros.

Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Vive (si)(no)	Mot	Def: _____

Datos de la Vivienda.

Habs: Tipo: _____ Dimensiones: _____ X _____ Servicios: (A)(L)(D)
Cuartos Sala (Com) Baño Otros _____
Comunicaciones: (Telef)(TV)(Cable)(Radio)(Periodico)

Dimensión Psico Social.

Eje Actitudinal. (c.ind)

La hipertensión Arterial es:

(mac) Un Problema() No es Un Problema() No Sabe()

porqu _____

(adis) Muy Común() Común() Rara() No sabe()

porqu _____

(pval) Una Enfermedad() Un Sintoma() No es Enfermedad() Otro _____

porqu _____

(incont) Contagiosa() No es Contagiosa() Otra _____ No Sabe()

porqu _____

(nmol) Molesta() No es Molesta() No sabe() Otra _____

porqu _____

(nvig) Requiere Mucho Cuidado() Poco() Nada() No sabe()

porqu _____

(infrac) es como un Castigo() No lo es() Otro _____

porqu _____

Eje Informativo. (c.ind)(Cant/Cal)

La información sobre Hipertensión Arterial la ha adquirido de:

(fcm) T.V.() Cantidad y Calidad _____

Radio() Cantidad y Calidad _____

Prensa() Cantidad y Calidad _____

Otra () Cantidad y Calidad _____

(fce) Libros Cant y Cal _____

Revistas Cant y Cal _____

Lit Med Cant y Cal _____

Foll ed Cant y Cal _____

(fcv) Cursos Cant y Cal _____

Conf Cant y Cal _____

Cons Med Cant y Cal _____

Ot Pracs Cant y Cal _____

Fam Cant y Cal _____

Vecinos Cant y Cal _____

(fr.) donde Obtendria información:

(caut) Respecto a la gente: Ud sabe más() Igual() Menos() No sabe()

Eje Representacional.

Que resultados tiene la Hipertensión:

(srep) No tiene() No se() Si tiene() cuales _____

La Hipertensión Amenaza la comunidad:

(same) Si() No() Quizás() No se() porqu _____

(sima) Hay mucha() Regular() Poca() No se() _____

(sima) Es Importante() regular() poco() No() _____

(sima) Es frecuente() Regular() Poco() _____

(sima) Aquí hay más() Igual() Menos() _____

(sdif) Antes habia más() Igual() Menos() _____
 (sdif) Los Ricos tienen más() Igual() Menos() _____
 (sdif) Las mujeres tiene más() Igual() Menos() _____
 (sdif) Los jovenes tienen más() Igual() menos() _____
 (sdif) les da a personas especiales: _____
 Su frecuencia es en Relación a:
 (sdif) la diabetes; Más() Igual() Menos() _____
 (sdif) el cancer; Más() Igual() Menos() _____
 (sdif) al sida ; Más() Igual() Menos() _____
 (sdif) la presión baja; Más() Igual() Menos() _____
 Su gravedad es en Relación a:
 (sdif) la diabetes; Más() Igual() Menos() _____
 (sdif) el cancer; Más() Igual() Menos() _____
 (sdif) al sida ; Más() Igual() Menos() _____
 (sdif) la presión baja; Más() Igual() Menos() _____
 El impacto de la HTA en una persona es:
 (iimp) siempre grave() Mediano() Bajo() _____
 (ima) No deja Trabajar() A veces() Si deja() _____

Como se imagina la HTA: _____

Dimensión Epidemiológica.

Indicador: Historia Natural de la Enfermedad.

Eje Operativo. Cognocitivo.

Que Elemento Saneado del Ambiente Previene la HTA:

(pp.p) Agua() Aire() Basura() Fauna() Otros _____

Para Prevenir la HTA se Requiere:

(pp.p) Dieta Especial() Normal() Solo Cosas() No se() _____

(pp.p) Ejercicio especial() Normal() Poco() No se() _____

(pp.p) Conducta especial() Cualquiera () No se() _____

(pp.e) Enseñanza Especial() Normal() Solo cosas() No se() _____

(pp.pe) Algo más que proteja específicamente _____

Que Agentes o Condiciones pueden producir HTA:

(pp.e) Microbios() Parasitos() Virus() _____

(pp.e) Grasas() Carnes() Huevo() Condimentos() Sal() _____

(pp.e) Leche() Mantequilla() Queso() otros alimentos _____

(pp.e) Susto() Stress() Emociones() Alegría() Coraje() _____

(pp.e) Tabaco() Alcohol() Droga() Medicinas() Brujería() Yervas() _____

(pp.e) Estar Gordo() Flaco() Niño() Joven() Adulto() Viejo() _____

(pp.e) Vivir en Ciudad() en el Campo() Montaña() Mar() _____

(pp.e) Es hereditaria() de Nacimiento() Adquirida() _____

(p.dp)(p.enf) De los siguientes sintomas cuales son iniciales(i) o se producen cuando la enfermedad se establece(e), o en ambas(a):
 ahogamiento(), ver luces(), desmayo(), palpitaciones(), tristeza()

■ Injera(), entumecimientos(), cansancio(), mortificación(),
debilidad(), mareos(), zumbidos(), falta de apetito(), dolor en el
pecho(), pérdida de la visión, Otros _____

(p.dp)(p.enf) De los siguientes signos cuales son iniciales(i) o
se producen cuando la enfermedad se establece(e), o en ambas(a):
sudor(), vomitos(), nauseas(), ahogamiento(), hemorragias()_____
pérdida de peso, cambio de conducta, aumento de peso, parálisis(),
hinchazón_____,tos, Otros_____

La HTA Afecta:

(p.diag) Cerebro(), Ojos(), Oído(), Estómago(), Pulmones(),
Corazón(), Riñón(), Hígado(), Venas(), Arterias(), Sangre(),
Otros _____

(p.diag) Conoce las cifras de la Presión Arterial No() si()_____

Qual es el mejor Tratamiento para la HTA:

(p.tr) Mdico(), Homeopatico(), Herbolario(), Espiritual(),
Casero(), Otro _____

Si no se trata la HTA que pasa:

(p.tr) Se muere uno(), Empeora(), Se hace crónica(), puede ceder()
Se complica(), Nada()_____

(p.tr) La HTA es curable: Si() No()_____

(p.tr) La HTA lleva dieta Si() No()_____

(p.tr) La HTA lleva ejercicios Si() No()_____

(p.tr) Ayuda al control de la HTA: Tomar Coca(), Pepsi(),
The_____, Reposar(), Dormir bien(), Otro_____

(p.tr) Como trata Ud la HTA:_____

(p.tr) Como la controla:_____

(p.tr) Como sabe ir con quien a pedir ayuda: Mdica_____;
Homeopata_____;Herbolario_____;Otro_____

(p.id) La HTA requiere consulta cada que se sienta uno mal()
cuando diga el doctor(), no es necesario() Otro_____

(p.reh) Que complicaciones da la HTA:_____

(p.reh) Como se evitarian:_____

(p.reh) Como se puede bajar la HTA:_____

Dimensión: Social.

Indicador: Construcción Social de la Realidad.

Eje Operativo: Internalización.

(sp.f) Tipo de familia de origen: nuclear(), extensa()

(sp.f) Integración familiar de origen: si() No()_____

(sp.f) Tipo de familia actual: nuclear() extensa()

(sp.f) Integración familiar actual: si() No()_____

(sp.f) Quien era el miembro más significativo:_____

(sp.f) Porqu:_____

(s.de) Cuando tuvo conciencia de su salud:_____

(s.de) Porqu:_____

(s.de) Cuando tuvo conciencia de su enf: _____

- (e.1) Lugar: _____
- (e.2) Cuando tuvo conciencia de LA ENF: _____
- (e.3) Lugar: _____
- (e.4) donde le enseñaron sobre salud/enf: _____
- (e.5) Que significado tuvo: _____
- (e.6) Que puestos de trabajo tuvo: empleado(), supervisor(),
Otros: _____
- (e.7) Que significado tuvo para la enf en el trabajo _____
- (e.8) Cuando oyo Ud por la vez HIA: _____
- (e.9) Que significado le dio _____
- (e.10) Que relación tiene con personal de salud _____
- (e.11) Que piensa: _____
- (e.12) Que relación tiene con enfermos _____
- (e.13) Que piensa: _____
- (e.14) Tiene experiencia con HIA, personal() ajeno() _____
- (e.15) Que piensa: _____

Indicador: Subjetividad.

Item Operativos: Espacio/Tiempo; Significación y de Intersubjetividad.

- (f.1) Que significa para Ud la HTA: _____
- (f.1) Que significa para los Colonos: _____
- (f.1) Que significa para los que no son: _____
- (f.2) Que era la HTA para Ud: _____
- (f.2) Que ES la HTA para Ud: _____
- (f.2) Que era la HTA para los colonos: _____
- (f.2) Que ES la HTA para los colonos: _____
- (f.2) Que era la HTA para los otros: _____
- (f.2) Que ES la HTA para los otros: _____
- (f.3) La HTA, le es familiar() No familiar, pero con fondo familiar(). _____
- (f.3) La HTA, es algo diferente a lo que pensaba de la enfermedad, tuvo que cambiar: _____
- (f.3) La HTA es algo que las Instituciones de salud me dijeron que existía _____
- (f.4) PARA que conceptualiza así la HTA: _____
- (f.4) POR que conceptualiza así la HTA: _____
- (f.5) En que si o no concuerda mi concepto de HTA con lo que siento o creo que es: _____
- (f.5) En que si o no concuerda mi concepto de HTA con lo que mis vecinos sienten o creen que es: _____
- (f.5) En que si o no concuerda mi concepto de HTA con lo que otros sienten o creen que es: _____

APENDICE B

ESTIMAD--- SR- -----

PRESENTE.

COMO USTED SABE ESTOY REALIZANDO UNA INVESTIGACION PARA MI TESIS, EN LA COLONIA PARA CONOCER LO QUE LAS PERSONAS PIENSAN SOBRE LAS ENFERMEDADES.

QUISIERA SOLICITARLE NOS PERMITA ENTREVISTARLA EL DIA Y LA HORA QUE USTED CONSIDERE CONVENIENTE.

ATENTAMENTE.

JAVIER E GARCIA DE ALBA.

DIA.....

HORA.....

AUTORIZACION.....

APENDICE B

ESTIMAD-- SR-- -----

PRESENTE.

ESTOY SOLICITANDO SU AUTORIZACION PARA QUE LOS DATOS DE LA ENTREVISTA QUE EFECTUE EN DIAS PASADOS PUEDA SER PUBLICADA COMO MI TESIS DOCTORAL Y POSTERIORMENTE A MANERA DE ARTICULO DE INVESTIGACION, EN EL ENTENDIDO QUE CUIDARE EL ANONIMATO DE USTED.

SIN MAS POR EL MOMENTO QUEDO MUY AGRÁDECIDO POR LAS FINAS ATENCIONES QUE ME DISPENSO.

ATENTAMENTE.

JAVIER E GARCIA DE ALBA.

AUTORIZACION.....

FECHA.

APENDICE B

ESTIMAD-- SR-- -----

PRESENTE.

ANEXO A LA PRESENTE ENVIO A USTED LA TRANSCRIPCION DE LA ENTREVISTA QUE TUVO A BIEN CONCEDERME EL DIA, EN ELLA SE MENCIONAN LAS PREGUNTAS Y LAS RESPUESTAS SOBRE LA PRESION ALTA QUE USTED DIJO, YO PASARE EN BREVE PARA VOLVER A PLATICAR SOBRE ESOS RESULTADOS POR SI EXISTE ALGO QUE FALTARA O QUE NO ESTUVIERA CLARO O FUERA DIFERENTE A LO QUE CONTESTO. SIN MAS POR EL MOMENTO QUEDO MUY AGRADECIDO POR LAS FINAS ATENCIONES QUE ME DISPENSO.

ATENTAMENTE.

JAVIER E GARCIA DE ALBA.

RECIBI.....

FECHA.....

5. RESULTADOS

Nuestra investigación parte, desde el punto de vista ontológico, de que la realidad es socialmente construida y, por lo tanto, no es ajena a nuestros sujetos de investigación ni a nosotros mismos, ya que esta construcción se da intersubjetivamente.

En sentido epistemológico, la relación entre investigador e investigado es de interacción y, axiológicamente, los principales valores son de orden subjetivo, de ahí que la metodología que priva en nuestro estudio es de corte cualitativo y su validez está dada por los siguientes criterios (adaptados de Guba, 1992).

1. Credibilidad (aceptar lo investigado porque entra dentro de lo posible). Con base en la observación persistente, el juicio crítico de expertos, la discusión del contraste de métodos, y la comprobación de datos con los participantes.

2. Dependencia (trasladar el peso de la neutralidad del investigador a los datos, es decir, que puedan ser ratificados y ofrecer la seguridad de que las interpretaciones efectuadas se basan en ellos). Apoyo en la revisión de un observador externo, replica paso a paso y uso de métodos complementarios, como el Anthropac.

3. Confirmabilidad (posibilidad de replicar que los resultados de dos mediciones sucesivas no procede en los estudios etnográficos, ya que la realidad investigada no es estable, en todo caso se podría hablar en este apartado de perfeccionamiento y validación de constructos y postulados). Revisión por el director de la tesis, reflexión epistemológica y triangulación de métodos.

4. Transferibilidad (esta posibilidad se le deja al lector una vez que haya conocido, analizado y valorado el estudio, en términos del caso en particular, es decir, se buscan universales concretos, no abstractos como en la teoría de la representatividad). Con base en las descripciones contenidas en estos resultados.

Los resultados están estructurados en dos partes: una dedicada a los obtenidos de la aplicación de las técnicas etnográficas, y otra a los de la

aplicación de técnicas de antropología cognitiva a través del programa Anthropac. En ambos casos se dividen los resultados en los relativos a los tres grupos estudiados (de 15 a 29, de 30 a 49 y de 50 y más años); en cada grupo se presentan y analizan los conceptos estudiados de causas, signos y síntomas, tratamiento y complicaciones de la hipertensión arterial.

En cuanto a los resultados de los estudios etnográficos, se añade al inicio una pequeña sección sobre el análisis de los verbos utilizados en el discurso, y en los referentes a Anthropac, se agrega la concepción frío y caliente de los términos estudiados en tratamiento.

PARTE I

Primeramente, se presentan los resultados de las entrevistas a los tres grupos estudiados: descripción e interpretación, de manera somera, de los datos generales de los entrevistados, verbos usados para enunciar las causas atribuidas a la génesis de la hipertensión arterial, factores etiológicos, factores de riesgo asociados, relación de la hipertensión arterial con el cáncer, sida, y la *Diabetes mellitus*, su percepción epidemiológica, mecanismos de prevención y recomendaciones, así como las dimensiones representacionales de definición, información e imagen, signos y síntomas más importantes, tratamiento y complicaciones. Al final se hace una reflexión general sobre los resultados encontrados.

5.1. GRUPO DE 15 A 29 AÑOS

Datos generales de los entrevistados

Nombre	Edad	Lugar de Nacim.	de Escolaridad	Ocupación	Estado civil	Religión	Hip. Art.	Serv. de salud
Rosalba	20	Guad.	Secundaria	Cajera	Soltera	Católica	No	IMSS
Alberto	29	Guad.	Secundaria	Comercio	Soltero	Católica	No	IMSS
Maira	20	Guad.	Prepa	Recepción	Soltera	Católica	No	IMSS
Ivonne	26	Guad.	Secundaria	Hogar	Casada	Católica	No	IMSS
Raúl	17	Guad.	Prepa	Estudiante	Soltero	Católica	No	IMSS

Rubén	27	Guad.	Licenciatura	Abogado	Soltero	Católica	Sí	Priv.
Arcelia	21	Guad.	Secundaria	Hogar	Soltera	Católica	No	Priv.
Fabián	15	Guad.	Secundaria	Estudiante	Soltero	Católica	No	IMSS
Sandra	21	Guad.	Prepa	Estudiante	Soltera	Católica	No	IMSS
Carlos	18	Guad.	Prepa	Estudiante	Soltero	Católica	No	IMSS
Fernando	25	Guad.	Lic. Medicina	Residente	Soltero	Católica	No	IMSS

En este grupo, 45% de sus integrantes fueron mujeres, y 55% hombres; el promedio de edad fue de 21.7 años; el rango de escolaridad varió desde secundaria (45%) hasta profesional (9%); 36% estudiaban, 46% trabajaban y 18% se dedicaban a labores del hogar. Todos eran originarios de la colonia, y manifestaron tener por religión la católica; sólo una persona estaba casada; 82% estaban asegurados, y una persona padecía hipertensión.¹

5.2. ANÁLISIS DE CAUSAS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La acción de enunciar las causas

Verbos más utilizados en este grupo:

- Saber: Tener noticia de : “Se sabe que...”; “Sé que...”
- Ser: Afirmar del sujeto lo que significa el atributo: “Digo que es...”, “Vendría siendo...”.
- Causar: Ser causa.
- Imaginar: Representar idealmente una cosa.

La acción de enunciar las causas en este grupo presentó una variabilidad: se encuentran con mayor frecuencia verbos que connotan la relativa certeza de quien enuncia la causa como saber, y en menor medida como: causar y ser, así como imaginar, que conlleva una carga de subjetividad.

¹ Nótese que la prevalencia de hipertensión es similar a la reportada para este grupo de edad.

Con base en lo señalado, la relativa certeza manifestada con el uso de los verbos anteriores, debe contextualizarse en términos de que la mayor parte de los miembros de este grupo no padecían hipertensión arterial, por lo tanto no existe experiencia directa, sino que este conocimiento y representación se adquiere mediante procesos de aprendizaje a través de otros.

Las causas

Las causas reportadas se refieren a situaciones de orden individual o del entorno inmediato de los entrevistados. Para su jerarquización nos apoyamos en la clasificación de Blumhagen (1980).

I. Las causas relacionadas con los aspectos psicosociales fueron las más importantes:

a) Las referentes al estrés cotidiano o crónico externo, donde la fatiga, el cansancio, la tensión y las presiones diarias juegan un papel importante como causantes de la hipertensión arterial. Por ejemplo, encontramos explicaciones como: "La fatiga podría ser una de las causas de la presión alta"; "Porque se tienen muchas presiones, es donde empieza la presión [arterial alta], pues por la presión que se va acumulando se llega al límite".

b) El estrés crónico interno, relacionado con problemas psicológicos: "Me dijeron que [la presión alta] era mi forma de desahogo, porque no salían a flote mis mortificaciones".

II. Las causas relacionadas con hábitos nocivos fueron menos: "Yo creo que sí [es causa de hipertensión arterial], aunque dicen que la cerveza la normaliza"; "Sí, sí influye más el fumar, pienso que más [que el alcohol]".

Como se puede observar, las causas referidas para la hipertensión arterial no se circunscriben a una dicotomía mecánica entre lo interno (estrés crónico) y lo externo (estrés cotidiano), los jóvenes entrevistados aluden más bien a una interacción hombre-ambiente, donde la cotidianidad (incluidos la escuela y el trabajo, la interacción social) y la persona (con su carácter y otros atributos) se ponen en relación dialéctica y producen una problemática que tiene la función de canalizar los aspectos negativos de esta interacción, es decir, el aprendizaje temprano de una enfermedad crónica como la hipertensión arterial incorpora elementos complejos cuyo núcleo figurativo es la doble relación hombre-hombre y hombre-naturaleza, lo cual representa una diferencia en relación con otras construcciones reportadas, como en la enfermedad infecciosa, que plantea la dicotomía de lo externo (el microbio) y lo interno (el huésped susceptible) (Bolstanski, 1977).

Dentro de este complejo de causalidad² circulan y existen factores relevantes, que para fines de sistematización, los analizaremos a la luz de la tríada ecológica: huésped, agente y ambiente.

Factores etiológicos relacionados

Características del huésped

Sexo

Los jóvenes entrevistados consideraron, primeramente, que la presión arterial alta afecta a ambos sexos, debido a que tienen el "mismo organismo" y en consecuencia presiones similares; nótese entonces que la hipertensión arterial no

² Es importante destacar que el pensamiento popular es tan o igual de complejo que el pensamiento científico, con diferencias producidas por la falta de seguridad al traducir o conceptualizar términos médicos y por el uso de la reducción analógica que hace la gente de los conceptos médicos, de ahí la importancia de estructurar una epidemiología popular para contrastarla con la "científica".

tiene una predilección de género, es decir, se ubica en un espacio del cuerpo cuya estructura y función biológica no está sexuada, en términos de afectación por género.

Así por ejemplo, encontramos frases como: "Pues yo me imagino que a los dos [afecta la presión arterial alta] por igual"; "A ambos, porque somos iguales todos, pero diferente sexo"; "Yo me imagino que es igual, según el tipo de presión que traiga la persona, va parejo".

Sin embargo, en los pocos casos en los que se consideró que la mujer era la más afectada, se planteó que era debido a su vida "más complicada", y en los hombres, "porque éste presenta más complicaciones que la mujer". Nótese que la diferencia en la atribución de una mayor incidencia de hipertensión en la mujer está referida a la vida de ella como proceso, y en el caso del hombre, a la vida de él como resultado, es decir, para los entrevistados, si bien de entrada los dos sexos presentan una igualdad de posibilidades de padecer la enfermedad, en el caso de la mujer la hipertensión arterial es vista como la compañera de su vida, como parte de su complejidad de género, y en el hombre como un desenlace, el fin de su proceso vital, resultado de una forma de vida propia de su género.

Edad

La edad que refieren como la de más frecuencia de inicio de la hipertensión arterial es la adulta, alrededor de los cuarenta años, debido a que en esa época de la vida "se inician los síntomas" por "la acumulación de problemas y la conciencia de los mismos".

Para los jóvenes la declinación de las funciones corporales inicia a los cuarenta, "hasta ahí llega la garantía de fábrica", se constituye en un límite al cual necesariamente hay que cruzar en las mejores condiciones posibles para asegurar el futuro bienestar; los cuarenta representan entonces el punto de inflexión que hay que cuidar en las enfermedades crónicas.

Constitución física

Los jóvenes afirman que una persona "gordita" es más "propensa"; completan esta imagen con factores como el "nerviosismo" o "lo preocupón".

Se dice: "Yo me imagino que los gordos, por lo mismo gordo"; "Yo me imagino que las personas gorditas es a las que nos puede dar, porque estamos más propensas"; "Las nerviosas y preocuponas... afectaría [también]".

La gordura representa la grasa que oprime el aparato cardiocirculatorio y aumenta la presión arterial; está relacionada con el alimento, con lo que se ingiere y asimila, herencia de una tradición de la medicina, más específicamente de la hipocrática, donde la lógica de la enfermedad está en función del exceso o el defecto.

Religión

Fue considerada como un factor de apoyo, sobre todo si hay fe, proporcionando bienestar, aunque de manera indirecta, ya que se piensa que la sanación no se logra a través de la religión.

Educación

Las opiniones estuvieron divididas entre los que consideran que los estudios *per se* dan preocupaciones y provocan hipertensión; sin embargo, otro grupo de entrevistados opinó que son las presiones externas las que la originan y no los estudios; por último, hubo otro grupo que piensa que la falta de estudios pone al individuo en desventaja y, por lo tanto, hay más hipertensión, debido a la falta de información para prevenir o controlar la enfermedad.

Nivel socioeconómico

La mayor parte de los jóvenes entrevistados señalaron que la hipertensión arterial afecta por igual a ricos y pobres, ya que presentan los mismos órganos, o porque la enfermedad no hace distinciones sociales: "Pos todos tenemos los mismos órganos, y nos puede pasar lo mismo"; "Porque las enfermedades no se van andar fijando en clases sociales"; "Es una cosa normal, muy natural [enfermarse], para toda la gente".

Esta concepción *sui generis* de igualdad se basa en un concepto biológico, descontextualizado de lo social, fruto de la medicalización de los procesos de socialización en la casa y la escuela, a los que se ven expuestos antes de los veinte años.

Características de agentes o factores de riesgo

Alimentos y sustancias nocivas

Entre los factores considerados están el tabaco, el alcohol, las drogas, pero también la sal y las grasas: "Los alimentos [deben ser] bajos en sal y también bajos en grasas, por lo del colesterol, que endurece a las arterias"; "Pues yo creo que la sal y las grasas" [por grasas debe entenderse grasa animal, sobre todo de cerdo y sus derivados]; "El cigarrillo calma el estado de estrés, [pero] el cigarrillo [afecta] más directamente que la bebida"; "La droga me imagino que puede dar presión alta, porque daña más el sistema, todo lo que sería el cerebro y todo eso".

La ingestión de sustancias como la grasa está incluida en la compleja concepción de la causalidad de la hipertensión, como parte de un proceso acumulativo que afectará la función cardiovascular; la sal está ligada a la retención de líquidos ("hinchazón") que produce; en ambos casos el problema de la hipertensión está más bien relacionado con una lógica del exceso, aunada a

una de insuficiencia en la excreción, ya que se considera que el "organismo tiene una capacidad de procesamiento limitada".

Herencia

La herencia (a través de los padres) es para ellos un factor que contribuye al desarrollo de la hipertensión arterial, al igual que el "nerviosismo" y las enfermedades del corazón: "Sí es importante, también yo pienso que por herencia tenemos una tendencia a una presión arterial y también traemos un grado de nerviosismo"; "La presión y los padecimientos del corazón también pueden venir de lo mismo".

La lógica de la herencia no tan sólo se concibe como una forma de contagio, también de predisposición, con un marcado grado de inevitación, lo cual acrecienta la visión fatalista de la enfermedad, que repercute en el tratamiento (incurabilidad) y su historia natural (de conducir a la muerte); la hipertensión arterial es, entonces, algo que se lleva desde antes, como una predestinación del individuo y su descendencia, es el mal potencialmente presente, que amenaza nuestro futuro, donde un oscuro pasado es el culpable.

Contagiosidad

Para los informantes la hipertensión arterial no es contagiosa, ya que el contagio se da por agentes vivos ("virus del ambiente"): "No, definitivamente no, porque eso sí se ha escuchado que la hipertensión no es contagiosa en lo más mínimo... por no tener algún virus que saliera del ambiente"; "La presión alta no se puede contagiar".

Lo anterior revela que la presión arterial alta no representa una entidad patológica, accidental o fortuita, como se conceptualizan las infecciones, que se producen por agentes externos.

Relación con otras enfermedades crónicas

Dentro de un rango de temor, precaución o miedo, los jóvenes clasificaron la presión arterial en un nivel de menor temor, en relación con el cáncer y el sida; sin embargo, se considera una enfermedad peligrosa, y sobre todo “molesta”; a la par que la *Diabetes mellitus*, esta molestia tiene que ver con su estado crónico y la creciente incapacidad que producen: “El sida, es una enfermedad muy dolorosa, yo he visto a otras personas de cáncer, [pero ubico] en tercer lugar a la diabetes y al último la presión”; “Le tengo más miedo al cáncer, porque acaba [a uno] más rápido, al igual el sida, o sea, el cáncer y el sida ahí se van dando; de diabetes y presión me imagino son muy molestonas”.

Aspectos epidemiológicos complementarios

La descripción epidemiológica utiliza las variables “reales” de la física newtoniana de espacio, tiempo y persona (en lugar de materia); esta concepción científica de la enfermedad como fenómeno grupal es también compartida por la población, de tal manera que presenta analogías con la descripción científica, aunque no es sistemática y organizada, por lo que es necesario rescatarla para que la conozcan y tomen en cuenta los servicios de salud, con el fin de que realicen una práctica sanitaria comprensiva y eficaz.

Percepción temporo-espacial

La visión epidemiológica de los jóvenes entrevistados gira alrededor de la percepción general de la magnitud del problema de la hipertensión arterial, conciben a la colonia Fábrica de Atemajac como un lugar donde hay pocos enfermos (y los que hay, son mayores de edad) en relación con Guadalajara.

Creen que en “el campo” la frecuencia de enfermos es menor que en la colonia, porque no hay los problemas ni las presiones de la ciudad: “Pues aquí no, yo me imagino que en Guadalajara hay más”; “Las personas que he visto [aquí en la colonia] son pocas, unas dos o tres si acaso, en Guadalajara; pienso que hay más, por el hecho que tienen problemas”; “Aquí en la colonia no, en la ciudad de Guadalajara más; en relación al campo, no menos, porque esas personas no creo que tengan presión de esto y de lo otro”.

De acuerdo con lo anterior, se pone de manifiesto la contradicción desarrollo-enfermedad, es decir, a mayor desarrollo (urbano-industrial), mayor frecuencia de hipertensión arterial; esto significa que la ciudad representa, por una parte, el avance científico-tecnológico, pero, por otra, un ambiente agresivo y generador de enfermedad, a diferencia del campo, donde, a pesar de su escaso desarrollo, el medio en general es más propicio para la salud.

Prevención

Las medidas sugeridas son la alimentación adecuada, ejercicio físico, restricción de hábitos nocivos, estilo de vida y atención médica preventiva: “Lo principal es que lleve una vida tranquila, o sea, no vivir una vida acelerada”; “Hacer ejercicio, correr mucho, o sea, poner su cuerpo activo”; “Llevando un régimen tanto de alimentación como ejercicio, todo eso”; “Yo pienso, estarse yendo a checar continuamente con el médico”; “Ayuda mucho las dietas bajas en sal, ejercicio, tener una vida más o menos sana, el tabaco también influye, café también”.

Estas medidas son conservadoras y estriban en la contención de excesos, disciplina física y mental y se agrega el factor medicalizante del “chequeo médico”; de nueva cuenta se pone de manifiesto la hibridación cultural entre el pasado (la higiene hipocrática y galénica) y la atención médica moderna, con su armamento tecnológico como factor de prevención.

Recomendaciones

Los jóvenes demandan más información sobre la enfermedad, y una atención médica comprensiva: "Que nos dieran muchísima información, porque la verdad no tenemos nada de información, cuando fuera uno, que le dijeran en sus consultas, sabe que, vamos a darle información, este folletito simplemente, una plática de eso, cinco minutos que nos concientizaran, pues"; "Que en el Seguro... nos hicieran caso a nosotros [los jóvenes]".

Se percibe la angustia por conciliar el pensamiento lego con el científico; se quiere información que llene los huecos que la experiencia no otorga y así estar en capacidad de comprender mejor el proceso de enfermedad, y exigir una mayor atención cuando sea preciso.

Dimensiones representacionales

Definiciones

Las definiciones de una enfermedad o una situación de salud, como la hipertensión arterial, reflejan y sintetizan el modo de vida de las personas, donde se vinculan aspectos sociales, culturales, políticos, psicológicos y orgánicos, en unas cuantas palabras: es un esfuerzo por hacer un puente entre lo social y lo biológico, de ahí su importancia y riqueza: "Es la presión que llevamos cotidianamente las personas, problemas, que se presiona uno mucho, del trabajo, del estudio, pues varias cosas"; "Es cuando la sangre está circulando más rápidamente de lo normal, o sea, que hay un bombeo del corazón más rápido".

En estas dos definiciones observamos cómo se plantean dos modalidades: una que la percibe como resultado de la vinculación de lo interno y lo externo, y otra que la considera como un proceso sistemático, orgánico y biológico. Ambos puntos de vista son complementarios y coexisten en los jóvenes entrevistados: la concepción causal positiva inculcada por la ciencia, donde lo que importa es la

causa de la enfermedad, y la concepción comprensiva del sentido común, que precisamente tratan de explorar las ciencias sociales. El conocimiento de la realidad en este grupo, ontológica y epistemológicamente, presenta una hibridación, ya que al mismo tiempo consideran la realidad parte y distante a ellos, lo cual a la larga trae confusiones en su aprehensión y, sobre todo, en la aplicación de medidas preventivas y curativas.

Información

La información sobre el tema la obtuvieron, principalmente, a través de medios masivos de comunicación, como el periódico (secciones sobre salud), o en artículos especializados en revistas tales como *Cosmopolitan*, *Selecciones del Reader's Digest*, y también en programas radiofónicos sobre salud. En segundo lugar, fue obtenida en la consulta médica (como acompañantes de algún familiar enfermo) y durante las visitas domiciliarias que se realizan en las campañas sanitarias. En tercer lugar, merced a las pláticas y comentarios de la gente "grande": "Pues, muchas veces en el periódico viene algo, el *Ocho Columnas*"; "En la misma clínica"; "Las mismas enfermeras cuando vienen ellas"; "Pues leyendo algunas revistas de *Selecciones*".

Nótese que la información no la obtienen directamente de la escuela, sino de mecanismos informales como los medios masivos de comunicación, o de situaciones fortuitas como la consulta médica o la visita domiciliaria de enfermería. Este escenario debe llamarnos la atención para tratar de formalizar mecanismos de información efectivos hacia la población, sobre todo la más joven.

Imagen

Se aludió a la hipertensión arterial con conceptos de mecánica, movimiento constante, plenitud, algo que está lleno o apretado y puede explotar en cualquier momento; también hubo quien la relacionó con la autoestima: "Como un juego

mecánico, que a veces está arriba y a veces está abajo”; “Como una avenida llena de carros”; “Como algo que está cerrado y que de repente explota”; “Como una olla de presión hirviendo, que cuando se abre explota”; “Como la autoestima que va disminuyendo conforme avanzan los años y la persona se ve obligada a no luchar”.

Esta imagen evidencia la lucha entre lo conservador del cuerpo humano --a manera de recipiente y con una capacidad limitada, dentro del cual se dan procesos dinámicos direccionados-- y lo social que determina al individuo, que impacta su organismo y mente y se acumula; ello afecta esferas orgánicas y psicológicas y su fuerza obliga a la claudicación física y moral del individuo, lo que provoca un estallido, una quiebra de la salud, que sería la hipertensión arterial.

Signos y síntomas

La opinión más frecuente (sentida o informada) fue la afectación de la cabeza, con el síntoma “dolor de cabeza”, el cual lo refieren “como algo molesto”, “empieza a dolerme demasiado”.

La afectación del equilibrio, fue otro síntoma, como borracheras, mareos y desmayos, frecuentemente antecedidos por la cefalea. También en menor medida: visión borrosa, acúfenos, náuseas, vómitos, desesperación y cansancio.

Estos síntomas se perciben no en forma aislada, sino como combinaciones; en todos los casos se inicia con la cefalea, la cual se compara con “una desesperación”, con la jaqueca, un dolor pulsátil, es decir, no es un dolor de cabeza “común y corriente”. Por otra parte, éste es el disparador de los demás síntomas y, en algunos casos, el último que cede, salvo cuando hay vómito, ya que éste trae alivio.

La hipertensión arterial para los jóvenes entrevistados, dentro de su dinámica alternante, presenta la característica, cuando tiende a subir, de dirigirse hacia la cabeza, a la que afecta con dolor o en su equilibrio, o bien sale por la

boca. Esta nosología, aunque limitada, pone de manifiesto el manejo de categorías universales como arriba y hacia afuera, relacionadas con la fuerza o la presión hidráulica que las personas manejan en su vida cotidiana; vuelve otra vez a manifestarse la reducción analógica en el manejo de conceptos desconocidos.

Tratamiento

Se utiliza desde medicina alopática hasta remedios caseros; la primera se relaciona con el manejo del paciente crónico y los segundos con casos de urgencia.

Los medicamentos inespecíficos y ciertas bebidas, cuya objetivación está dada por sus caracteres externos, fueron mencionados con mayor frecuencia como tratamiento de la hipertensión arterial: “unas gotitas”, “medicinas”, “una pastillita chiquita”.

En cambio, cuando se trata de remedios se alude con familiaridad a “una coca cola”, “un jugo de naranja”, “un juguito de lima”, “un refresco bien helado”.

Los jóvenes, ante el tratamiento, enfrentan el problema de clasificar, distinguir y designar los medicamentos con nomenclatura científica que no tiene significado alguno para ellos (algo así como tratar de entender un idioma extraño), y que ignoran su mecanismo de acción; por ello, sustituyen la clasificación médica por una de cualidades superficiales, simples, es decir, al alcance de su saber y práctica, razón por la cual citan sus formas presentación o de manejo cotidiano.

Complicaciones

Las más señaladas fueron las de tipo específico: “paro cardiaco” y “embolia”, como resultado de la ruptura de un vaso sanguíneo en el cerebro o el excesivo trabajo del corazón. Las consecuencias de estas complicaciones fueron, en el caso de paro cardiaco, la muerte y, en la embolia, la parálisis.

Es importante destacar que el pensamiento popular da mayor peso a las consecuencias de la enfermedad que a otros aspectos, ya que a final de cuentas debe sopesar los resultados de tal o cual conducta en salud o en enfermedad. No se mencionaron complicaciones como la retinopatía, la nefropatía, al parecer porque su lógica sigue una dirección que va de la bomba (corazón) a las arterias terminales del cerebro, lo cual debería reforzarse con una visión más holística del problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blumhagen, D. W. (1980) "Hypertension a folk illness with a medical name", *Culture, Medicine and Psychiatry*, núm. 4, pp. 197-227.
- Bolstanski, L. (1977) *Descubrimiento de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones Ciencia Nueva.
- Guba, E. G. y Y. Lincoln (1992) "Criterios de credibilidad en la investigación naturalista", en J. Fernández Sierra y M. A. Santos Guerra. *Evaluación cualitativa de programas de educación para la salud: una experiencia hospitalaria*. Málaga: Ediciones Aljibe.

5.3. GRUPO DE 30 A 49 AÑOS

Datos generales de las personas entrevistadas

Nombre	Edad	Lugar de Nac.	Escolaridad	Ocupación	Estado civil	Religión	Hip. art.	Serv. de salud
Hugo	37	Guad	Secundaria	Obrero	Casado	Católica	No	IMSS
Raúl	49	Guad	Primaria	ExObrero	Casado	Católica	Sí	SSA
Ana	30	Guad	5o Lic Cont	Estudiante	Soltera	Católica	No	IMSS
Vicente	37	Guad	Primaria	Técnico	Casado	Católica	No	IMSS
Teresa	45	Guad	Primaria	Hogar	Casada	Católica	No	IMSS
Isabel	42	Guad	Primaria	Hogar	Casada	Católica	No	IMSS
Yolanda	35	Guad	Primaria	Hogar	Casada	Católica	No	IMSS
José	44	Guad	Secundaria	Técnico	Casado	Católica	Sí	IMSS
Leticia	44	Guad	Primaria	Hogar	Casada	Católica	Sí	IMSS
Gpe.	49	Guad	Primaria	Hogar	Casada	Católica	Sí	IMSS
M. Gpe.	43	Guad	Primaria	Hogar	Soltera	Católica	Sí	SSA
Gpe. D.	40	Guad	Comercio	Secretaria	Soltera	Católica	No	IMSS

El promedio de edad para el grupo de 30 a 49 años fue de 41.25, siendo 33% de sus integrantes varones; la escolaridad fluctuó entre primaria (66%) y sexto semestre de contabilidad. El 83% eran casados, 100% eran católicos, 83% estaban afiliados al IMSS y 42% eran hipertensos.¹

5.4. ANÁLISIS DE CAUSAS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Acción de enunciar las causas

El verbo más usado en este grupo de edad fue:

- Ser: “Afirmar del sujeto lo que significa el atributo o corresponder o atribuir”; “Para mí es”; “Pienso que es”; “Es...”.

Se utilizó en algunos casos el verbo:

- Venir: Proceder de: “Viene por”.

¹ La prevalencia de hipertensión en este grupo es similar a la encontrada en obreros adultos de la fábrica.

Como verbos auxiliares:

- Creer: Tener por cierto: "Yo creo que es".
- Pensar: Formar conceptos en la mente.
- Imaginar: Representar idealmente una cosa: "Pues me imagino que viene por".
- Sentir: Experimentar un pensamiento: "Siento yo que es".
- Decir: Manifestar el pensamiento con palabras: " Yo digo que es".

Como se puede observar, la densidad lexical, en cuanto a verbos, de los discursos de las personas entre 30 y 49 años; es mayor que en el grupo de menores de 29. En este grupo se afirman con mayor certeza atributos e indicaciones de la procedencia de las posibles causas, es decir, se manifiesta una diversidad lingüística de tipo referencial, anafórica (desde atrás), personal y demostrativa y poco comparativa. Si bien ello expresa un mayor dominio cultural, también pone de manifiesto que nuestro sujeto adulto desarrolla este dominio con base en su experiencia y sentido común, alimentándose poco de referencias científicas, como lo observamos en el grupo anterior, situación que nos hace considerar la importancia de la subjetividad en la relación sujeto-equipo de salud, sobre todo en la diferenciación de acciones preventivas hacia la presión alta y evitación del riesgo de hipertensión (Jaspars, King y Pendeleton, 1992).

Las causas

De acuerdo con el esquema que adoptamos de Blumhagen, en este grupo las causas relacionadas con la dimensión psicosocial fueron las más frecuentemente mencionadas, dentro de ellas destacan:

- I. Las relacionadas con el estrés crónico externo.

a) En primer lugar las asociadas al trabajo: "Cuando llega uno cansado, llega con la presión alta"; "El tipo de trabajo que tenga uno, creo que es una de las principales causas"; "Es un proceso de presiones, el patrón que ejerce el mando, ellos que trabajan [los obreros], su salario que no les alcanza para sostenerse correctamente, esa puede ser".

b) Con el estrés cotidiano: "El estrés pues lo lleva uno a ser más propenso y a desarrollar la enfermedad"; "El estrés es una de las causas de la presión alta".

c) Con la fatiga: "Yo me imagino que es por el cansancio"; "Es por el cansancio de las personas".

d) Con la forma de vida: "La presión alta no es más que una consecuencia de lo que estamos viviendo"; "Es por el ritmo de vida"; "Por la cuestión de la vida a la carrera que llevamos".

II. Las relacionadas con el estrés crónico interno.

a) En primer lugar por razones psicológicas: "Pues yo digo que porque uno es apurón"; "Cualquier problema, depresiones, siento que es por eso"; "Problemas morales".

b) El estrés agudo también fue señalado: "Las causas, una sorpresa, un susto, un coraje"; "Cualquier problema, todo eso, impresiones".

Factores etiológicos relacionados

Las determinaciones sociales y económicas se manifiestan en este grupo de sujetos incorporados de lleno al proceso productivo y reproductivo, donde su socialización se da de manera importante en el trabajo. De ahí que no sea extraño

que las causas de la hipertensión arterial se desarrollen a partir de las relaciones sociales en que se ven involucrados los sujetos de estudio de manera determinante.

En el caso de la hipertensión arterial se mencionan causas ligadas al estrés externo e interno, lo que provoca en el individuo una situación de tensión en cuanto a darle primacía a alguno de los dos para la acción cotidiana, ya sea como consejo o conducta; en otras palabras, el sujeto debe realizar una síntesis dialéctica que se expresa como *locus* de control de la hipertensión arterial, siendo más fatalistas los que lo manifiestan de manera externa, aspecto que también influye en las estrategias de prevención o evitación del riesgo (Davis, 1992).

Esta circunstancia juega un papel importante en la planeación y otorgamiento de servicios de salud, ya que la cultura del equipo de salud evidencia frecuentemente que la población general, y sobre todo los enfermos crónicos, tienen un *locus* de control interno, esto es, consideran que las causas de la hipertensión son de origen interno, cristalizando estas representaciones en forma de programas, actitudes y maneras de relacionarse, donde el paciente es el responsable de su salud, en contraposición a la representación vacilante del sujeto que oscila entre las causas externas (con el consecuente fatalismo) y las internas (donde la omnipotencia personal se enfrenta a la falta de conocimientos).

Características del huésped

Sexo

La mayor parte de los entrevistados se inclinaron por pensar que el sexo femenino es el más afectado, debido al desgaste que le produce su función reproductiva, el cese de su menstruación, el trabajo doméstico y el clima que prevalece en el ámbito familiar: "A las mujeres les da más, porque están más trabajadas que el hombre, por sus partos"; "A veces está picoteando las comidas

y no se alimenta bien”; “La mujer es más sensible a estas cosas”; “Le da más a la mujer que al hombre por su organismo, que es diferente”; “La menopausia hace que se suba la presión porque ya no tenemos el sangrado”.

Sin embargo, se reconoce que existen mecanismos de control de la tensión más efectivos que en el hombre: “Pues uno tiene una manera diferente, por ejemplo, yo puedo estar nerviosa, muy todo y me siento en un rincón lloro y me desahogo y un hombre no”.

A diferencia del grupo de menores de treinta años, la desigualdad de género se plantea a través de una racionalización, las funciones orgánicas femeninas son el disparador de la hipertensión, influidas por sus roles sociales de madre, esposa y trabajadora; cabe señalar que dentro de esta racionalidad lo interno y lo externo se contradicen en la mujer a diferencia del hombre: la mujer retiene la sangre durante la menopausia, pero no detiene las lágrimas como mecanismo de compensación culturalmente “aceptable”; el hombre por su parte se “desgasta en el trabajo”, canalizando así su energía vital, pero tiene que reprimir sus sentimientos debido a que el estereotipo cultural le impide manifestar sus penas y preocupaciones de manera “mujeril”. La hipertensión adquiere entonces una dimensión de enfermedad-estrategia para enfrentar la desigualdad de género.

Edad

La dimensión temporal, expresada como la edad de mayor frecuencia de aparición de la hipertensión arterial, en este grupo se planteó como un proceso inevitable, aunado y complicado con la inserción del hombre en la vida de las relaciones sociales de producción, interacción y desgaste laboral, además del natural (causado por la edad): “Yo me imagino que es esta edad de los cuarenta para arriba, por cuestión de que la persona está más cansada, más vivida”; “Pues yo creo que [les da más] a los adultos, a esa edad empiezan a desarrollar su vida”; “Es cuando empiezan a tener más compromisos, sobre todo económicos”;

“A cierta edad el organismo empieza a sentir ciertas anomalías en su cuerpo, empieza a relucir todo, dicen que de los cuarenta en adelante”; “Yo creo que es por el cambio [la menopausia]”.

Se continúa manifestando la externalidad de las causas de la hipertensión arterial, y su impacto en un sujeto que poco puede hacer ante el embate del tiempo y la compleja relación social que ello implica.

Constitución física

Se consideró la obesidad como el factor de propensión más importante, porque la grasa acumulada dificulta el trabajo del corazón: “Una persona gordita, nerviosa y apurona y todo eso, pos yo me imagino, que es la más propensa”; “Esas personas [los gorditos] comen muchas cosas, cosas que hacen subir de peso, sobre todo las grasas”; “Tienden a tener la presión alta, los obesos, por el exceso de grasa, la misma grasa oprime las arterias, las venas y las tapa. Un obeso se fatiga, [porque] se forza el corazón a trabajar”.

La obesidad como factor de riesgo está perfectamente identificada por este grupo, sobre todo la relación ingesta-acumulación corporal de grasa-patología.

Religión

Unánimemente se cree que la religión no cura, pero es un vehículo para lograr bienestar, sobre todo “si se pide a Dios que le vaya bien a uno”; sin embargo, hubo una persona que opinó que con fe puede haber curación.

Educación

La mayoría consideró que el tener más estudios provoca o facilita la presentación de hipertensión, por pretender ser más, es decir, se concibe al estudio como una

ambición. También hay quien afirma que el estudio no tiene nada que ver, ya que el problema es externo, o que el no tener preparación origina más presiones.

Nivel socioeconómico

Según este grupo, no existe una diferenciación en la frecuencia de la enfermedad en personas ricas o pobres: "Yo creo que todos estamos expuestos"; "Yo pienso que es igual"; "Llegando a padecerla le da a un pobre, que a un rico, todo depende de las presiones de cada quien"; "Yo pienso que las enfermedades les llegan igual, porque para Dios y para la muerte todos somos iguales".

También se señaló que los ricos padecían hipertensión debido a sus compromisos, su trabajo y tipo de alimentación: "Tienen compromisos más grandes los patronos"; "Los ricos llevan un tipo de alimentación"; "Los ricos, pues sí, ellos trabajan mucho, por lo mismo a veces no comen y se estresan mucho". En cuanto a las que carecen de recursos económicos la opinión fue: "Vive uno al día, vive uno no conformista, a los pobres pos a veces nos friegan las depresiones"; "Los pobres llevan otro tipo de alimentación, pero también tenemos que aprender a comer".

La enfermedad hipertensiva en la concepción popular, de afectación por clases, resuelve la desigualdad manejando un sincretismo que categoriza y relaciona lo biológico con lo social y metafísico, al oponer la igualdad biológica de los cuerpos y la desigualdad social de las clases, y conciliarlas con el concepto de igualdad de destino final del ser humano (morir) ante la divinidad; sin embargo, no se dejan de reconocer los factores materiales que intervienen en una y otra clase, donde las categorías de exceso y carencia juegan un papel primordial.

Características de agentes o factores de riesgo

Alimentos y sustancias nocivas

La alimentación se plantea desde la carencia hasta el exceso, así como la asistematicidad o necesidad de hacer restricciones en el comer; de esta manera, el cuerpo, por una parte, no puede resistir el estrés externo y, por otra, al acumular sustancias nocivas, directa o indirectamente, se afectarán los órganos vitales del cuerpo humano: "La mujer picotea la comida, no se alimenta como debe ser [por eso se enferma]"; "...la falta de una alimentación, de una alimentación adecuada, son todas las causas que podría enumerar"; "Una alimentación mal llevada"; "Porque me malpaso, las borracheras son iguales que en la presión"; "La forma como come uno, lo que come, el colesterol, el cuerpo no tolera los alimentos que toleraba antes, por eso"; "Las comidas que hace uno con los corajes producen presión, por eso se sube"; "Es por el exceso de grasa y de carne de cerdo"; "Alimentos prohibidos, la carne de puerco, todo lo artificial"; "Para mí la manteca, o cualquier carne grasosa"; "Las grasas serían las prohibidas"; "A lo que sé, simple y sencillamente no abusar de los excesos y en la alimentación, sobre todo, tratar de comer cosas que no suban de peso".

La comida cumple así una función polivalente, donde los excesos o las inadecuaciones son castigados con la enfermedad, por eso debe haber una armonía entre el cuerpo y la comida, ya que el poder de asimilación y "excreción" del cuerpo se van perdiendo. El estereotipo de alimentos favorecedores de hipertensión arterial se especifica en las grasas animales y la carne de puerco, pero queda incierto al señalar "comer cosas que no suban de peso"; la representación popular se mueve vacilantemente entre el riesgo y la prevención: el grupo de adultos tiene una idea más clara del factor de riesgo que representan cierto tipo de alimentos, pero no tiene claro cuáles son los más sanos.

En lo que toca a sustancias nocivas, el grupo mencionó que el abuso del tabaco y el alcohol eran factores de riesgo; el primero se consideró

definitivamente tóxico, no así el alcohol, al cual se le atribuyeron funciones benéficas: "Fumar me imagino que sí [hace daño]"; "Fumar y beber es lo que más perjudica, más el fumar"; "Creo que el tabaco es más dañino"; "Yo me he sentido mal cuando fumo"; "El cigarro contamina totalmente el organismo, contamina los pulmones, que es lo que nos da la vida y lo que nos purifica la sangre, pienso que trae demasiadas consecuencias en nuestras vías respiratorias y nuestra presión arterial"; "El cigarro endurece las arterias"; "Por abuso de la tomadera, yo me imagino"; "Beber produce presión alta, porque altera mucho, acelera el organismo, se aloca uno"; "El whisky la sube"; "La cerveza la baja".

El humo del tabaco como contaminante tiene un mayor peso como factor de riesgo, ya que se tiene la idea de que daña las estructuras internas del cuerpo humano, no así el alcohol, el cual si bien produce "borracheras", también tiene propiedades benéficas, como la de secar y desinfectar, o la de vasodilatar (al igual que las "friegas"), si es tomado con medida y moderación esta acción vasodilatadora se puede dar internamente.

Herencia

La opinión estuvo dividida entre los que piensan que la hipertensión arterial es hereditaria y los que no lo creen así; los primeros aludieron a los padres y los genes como factores de transmisión, asimismo, que al heredarse un cierto grado de "nerviosismo", se incrementa la "susceptibilidad". En cambio, los segundos consideraron que la hipertensión tiene un peso externo mayor.

Cuando se informa en cualquier medio o cuando lo hace un miembro del equipo de salud sobre la herencia como factor causal o de riesgo, y no se toma en cuenta el dominio cultural del grupo o la persona involucrada, hay probabilidad de no tener éxito en conductas preventivas: "Yo pienso que sí es herencia, y el diabetes también y el mal del corazón también"; "Pues yo creo que sí, y muchas veces no se desarrolla si uno se cuida, pues si no se cuida uno se va desarrollando más pronto de lo que puede ser"; "Se debe a problemas de la

herencia, porque no creo que sea contagiosa”; “Sí, por los genes”; “El que tiene padres [con hipertensión], tiene predisposición”; “De herencia tenemos una tendencia y también un grado de nerviosismo”; “Hereditaria, pues no, porque un infarto no se hereda, o no sé si repercute”; “No, creo que no”; “Yo pienso que no es hereditaria, porque los problemas se los busca uno mismo”.

Contagiosidad

Al igual que los menores de treinta, el grupo de 30 a 49 años consideró que el contagio no era un mecanismo aplicable para la transmisión de la hipertensión arterial, no se identifica un agente etiológico específico y se culpa a un ambiente difuso la incidencia de la enfermedad: “Yo pienso que no es contagiosa”; “No, no creo que sea contagiosa”; “No es contagiosa, pero hay contagio porque uno arrastra a su familia al mal humor, al ambiente, al sistema que uno está llevando de presión de vida cotidiana”.

Relación con otras enfermedades crónicas

La hipertensión arterial es para este grupo una enfermedad peligrosa y temible principalmente por sus complicaciones; sin embargo, en relación con otras como el sida, el cáncer y la diabetes, ocupó un lugar secundario. Hubo quien expresó su fe en la medicina hegemónica, al señalar que la peligrosidad de la hipertensión está dada sobre todo por la calidad de atención médica que se proporcione: “La presión es peligrosa, porque si les da un paro cardíaco o un derrame cerebral”; “Le tengo más miedo al cáncer, la diabetes y al sida”; “Yo le tendría más miedo a lo que es el sida y el cáncer, después a la presión, no, no, primero a la diabetes y luego a la presión”; “Para mí todas las enfermedades son peligrosas, pero la más peligrosa que ha existido hasta ahorita es el sida, luego el cáncer y la diabetes y

luego la presión”; “Les temo a todas, la presión arterial con un buen tratamiento, con que el médico tenga un buen interés en curar, no hay problema”.

Aspectos epidemiológicos complementarios

Percepción temporo-espacial

Se manifestó que la frecuencia de la hipertensión arterial va al alza, por el incremento de población y problemas conexos; el espacio de la colonia se percibe más tranquilo en relación con la ciudad: “Yo creo que vamos peor [hay más], ahora hay más gente, hay más población, tiene que haber más de todo”; “El tiempo que he vivido, he visto más enfermedad, más que antes, me imagino que es por la contaminación”; “Yo pienso que hay más, por la cuestión de la vida a la carrera que llevamos, por las distancias, por más gente, por más crisis, por más trabajo pesado”; “Será porque estamos más acelerados, que estamos más débiles”; “Yo pienso que hay más en la ciudad, en el campo es más tranquilo”; “Yo creo que hay más enfermedad [hipertensión] en Guadalajara que en la colonia”; “Tal vez un 10% aquí, en el campo es mínimo y en la ciudad más”.

A diferencia del anterior grupo, éste incorpora el factor demográfico a su concepción epidemiológica de la enfermedad, así como las aristas negativas del desarrollo social, que trae consigo problemas de estrés y contaminación. Asimismo, se pone de manifiesto el estereotipo manejado por los jóvenes de una colonia con menos hipertensión, con respecto a Guadalajara, pero con mayor frecuencia que en el “campo”.

Prevención

Se planteó en tres dimensiones: la mediatizada, como los chequeos; la promocional de la salud, con base en medidas de higiene, y la de modificación de conductas riesgosas. De nuevo se pone de manifiesto la cultura de la prevención en términos de *locus* de control interno: "Pos sí, ir con el médico a checase"; "Para prevenir la presión alta a muy temprana edad, acudir al médico, para checarlo y cuidarlo, darle medicinita"; "Yo pienso que haciendo un poco de ejercicio, llevando una alimentación sana a base de verduras, de carne sin grasas, no grasas, no mucha azúcar, no mucha harina, yo pienso que eso es, ¡ah! y la obesidad"; "Yo pienso que comer a sus horas"; "No hacer mucho caso a los problemas, ser uno tranquilo, no agarrar las cosas tan a la arrebatada"; "Pues yo pienso que el estrés controlado, hasta donde pueda cada quien".

Recomendaciones

Mayor y mejor información sobre las características, prevención y atención de la hipertensión arterial es lo que se demanda: "Más que nada información, en una manera que fuera sencilla de entender, pero el gobierno tiene que poner la iniciativa"; "Hacer una campaña de difusión, en la radio, la televisión, pero a una hora que esté uno escuchando o viendo la tele"; "Yo he visto que andan vacunando, a lo mejor podrían hacer este tipo de trabajo casa por casa, estarlo viendo a uno, checarlo, para que esté uno más tranquilo".

Es evidente la necesidad de contar con información de calidad, para manejar las incertidumbres sobre la enfermedad y su manejo adecuado; nótese, además, que la medicalización se expresa también a través de estas recomendaciones.

Dimensiones representacionales

Definiciones

La presión arterial alta fue definida como cosa, deficiencia, trabajo fisiológico, adaptación, es decir, las definiciones abarcan un amplio espectro, que puede ser complementario, y va desde la objetividad singular a la subjetividad compleja: "Es una cosa de alto riesgo"; "Es una deficiencia que tiene el corazón"; "Es el trabajo de la sangre rápido"; "Cuestión del corazón que se acelera mucho"; "Como una emoción, alguna tensión, alguna preocupación"; "Es en base a como vive uno".

La categoría movimiento físico o mental son intrínsecas a la hipertensión.

Información

Se presentan tres fuentes: a) la médica, b) la de los medios masivos, y c) la coloquial; sin embargo, hubo casos que no tuvieron acceso a la información por los dos primeros medios, lo cual expresa un reclamo hacia la medicina y la sociedad: "Con el doctor que voy, me dice"; "En los ratos que he estado en el consultorio"; "Cuando acompañaba a mi mamá"; "Pos a veces, en la tele, he visto"; "He escuchado por medio de Radio Metrópoli y por la W"; "De lo que uno oye"; "De lo que ve uno en las personas que padecen de eso"; "En el diario acontecer, con la gente".

Imagen

La definición que prevalece se relaciona con lo dinámico, la aceleración, lo que corre, lo que va hacia arriba, un sistema, una función que falla, la desesperación, lo negro. Es entonces la hipertensión arterial una imagen evasiva y oscura que requiere mayor claridad para aprehenderla: "Como el aparato circulatorio muy

acelerado, corre y corre, como si estuviera jugando carreras”; “La comparo con la altura, algo que sube”; “Es como mis equipos [de aire acondicionado], cuando van arriba de su presión no hacen su función adecuada”; “El ruido, si usted le sube le perjudica”; “Con mi sonido, un ruido de radio, que le suben o que le bajan”; “Como una máquina de vapor, que si le echa en exceso, va a fallar también la máquina”; “La compararía, pues, con la desesperación”; “Se me figura algo negro, sí por los desvanecimientos”.

Signos y síntomas

Para este grupo la cabeza es la parte más afectada, con síntomas como “dolor de cabeza”, sentirla “inflada”, “embotada”, “embotagada”, la causa de dicha molestia se atribuyó a “traer la presión alta”, porque “la presión aprieta, forza la sangre y duele la cabeza”; otras causas fueron “el calor”, “los nervios” y “un susto fuerte”; en el caso del calor, la explicación fue que éste hincha las estructuras de la cabeza; cuando hay nervios, duele por la preocupación de pensar, y en el caso del susto, por la emoción que sube la presión y duele la cabeza.

Otros signos de mayor percepción fueron los relativos a trastornos de la sensopercepción, que afectan el sistema nervioso autónomo: el sudor frío, el sudor, la palidez, el rubor y las disestesias y la hipersensibilidad de la piel fueron los mayormente mencionados; estos signos se atribuyeron al exceso o a la falta de sangre, o a los nervios que hacen que se presione la sangre y su circulación, o a la misma presión arterial que hace sentir cosas o que le duela a uno el cuerpo.

El siguiente grupo de síntomas referido fueron aquellos que afectan el equilibrio psicofísico y el estado de vigilia: mareos, borracheras, desvanecimientos y desfallecimientos, ocasionados por los cambios de la presión arterial, primero alta y luego baja “de repente le subió y se le bajo”.

También se mencionó el equilibrio psíquico: agitación, desesperación, mal humor y depresión, ocasionados “por la presión que sentía”, o los cambios “porque se sube y se baja”.

Por último, en proporción menor está la afectación de la fortaleza física, del aparato digestivo, órganos de los sentidos (vista y oído), de las extremidades, el corazón y la sangre.

Si bien la mayoría de las percepciones de la hipertensión arterial se refieren a los síntomas, obsérvese la riqueza de ellos, fruto de una mayor socialización y experiencias.

Tratamiento

Los remedios herbolarios fueron los más invocados, sobre todo: el alpiste, solo o con jamaica, para normalizar la presión, sea ésta baja o alta; la cáscara de mandarina, a la cual se refieren “como buena”; la albahaca y el nicle para controlarse.

En segundo lugar, las bebidas como el whisky, para subirla; la cerveza para bajarla; la coca para controlarla.

Dentro de la medicina alopática se mencionaron más los medicamentos inespecíficos: “Hay medicina alopática”; “Una pastelista debajo de la lengua”; “Me dan una medicina en el Seguro”; dentro de los específicos se mencionó “el metropolol” o “el corenitec” y “los diuréticos”.

La medicina homeopática también fue referida, pero sólo por la cuarta parte de los entrevistados, los que señalaron que desconocen nombres, salvo que son “chochitos para la presión”.

Nótese que el tratamiento se realiza con base en medicaciones ingeridas en forma de infusiones, tabletas, grageas o “chochitos”. Cabe mencionar que de las plantas medicinales señaladas, algunas presentan propiedades que pudieran ser útiles para la hipertensión arterial, por ejemplo: la albahaca se da como sudorífico, el nicle como antiapoplético (Martínez, 1933), nos queda la duda sobre

el alpiste, el cual fue consistentemente mencionado como un ¿antihipertensivo eficiente?

Complicaciones

Las más citadas fueron las de tipo específico: afectación del corazón, cerebro, riñón y venas: "El corazón es el más afectado"; "También los riñones"; "Le puede dar un embolio o un paro cardíaco"; "Puede reventarse una vena dentro de la cabeza, las fosas nasales"; "Sufren embolias, derrames cerebrales, tromboflebitis, paro cardíaco"; la lógica de éstas está dada por el bombeo de la sangre que hace que estallen (las venas) o que se paralice el corazón, y también "porque si un aparato está dañado, empieza a dañar a los demás".

Estas complicaciones no están alejadas de las consideradas por el saber médico científico, lo cual puede aprovecharse para reforzar las acciones de evitación de riesgos y de prevención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Martínez, M. (1933) *Las plantas medicinales de México*. México: Ediciones Botas.

Jaspars, J., J. King y D. Pendleton (1992) "La consulta médica: un análisis social y psicológico", en CAPS (comp.). *Tendencias actuales de la educación sanitaria*. Barcelona, pp. 215 -235.

Richard, D. (1992) "Los métodos y la efectividad de la educación para la salud: pasado, presente y futuro de un compromiso científico social", en CAPS (comp.). *Tendencias actuales de la educación sanitaria*. Barcelona, pp. 215 -235.

5.5. GRUPO DE 50 Y MÁS AÑOS

Datos generales de los entrevistados

Nombre	Edad	Lug. de nac.	Escolaridad	Ocupación	Estado civil	Religión	Hip. art.	Serv. de salud
Joaquín	71	Guad.	2 de prim.	Ex obrero	Casado	Católica	Sí	IMSS
Amparo	72	Zac.	1 de prim.	Ex obrera	Soltera	Católica	No	IMSS
Romana	79	Zac.	3 de prim.	Ex obrera	Viuda	Católica	Sí	IMSS
Isaura	79	Guad.	Nula	Ex obrera	Casada	Católica	Sí	IMSS
Fidel	70	Guad.	4 de prim.	Ex obrero	Viudo	Católica	No	IMSS
Natalia	82	Guad.	2 de prim.	Ex obrera	Casada	Católica	Sí	IMSS
Esperanza	69	Guad.	5 de prim.	Ex obrera	Viuda	Católica	Sí	IMSS
Teresa	67	Zap.	Primaria	Ex obrera	Casada	Católica	Sí	IMSS
Dolores	60	Guad.	5 de prim.	Hogar	Soltera	Católica	Sí	IMSS
Anastasia	76	S. Crist.	Primaria	Hogar	Viuda	Católica	Sí	DIF
M. de Jesús	73	Guad.	2 de prim.	Hogar	Viuda	Católica	Sí	IMSS
Martha	62	Guad.	3 de prim.	Ex obrera	Casada	Católica	No	IMSS
Margarito	73	Guad.	3 de prim.	Ex obrero	Casado	Católica	No	IMSS
Carmen	64	Guad.	Primaria	Hogar	Casada	Católica	Sí	IMSS

El promedio de edad del grupo de cincuenta y más años fue de 71.2: 21% varones y 79% mujeres; la escolaridad varió desde nula hasta primaria completa; 71% habían sido obreros; 50% casados, 36% viudos y 14% solteros. Todos católicos, y 93% estaban asegurados; 71% hipertensos.¹

5.6. ANÁLISIS DE CAUSAS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Acción de enunciar las causas

Los verbos más utilizados fueron:

- Ser: "La presión alta es por la edad"; "Es un síntoma".
- Venir: "Viene por tanta pena".

Otros verbos:

- Creer: "Yo creo que es por la edad".
- Decir: "Me dicen que es porque he tenido mucha tensión".

¹ Nótese la alta prevalencia para este grupo, lo cual matiza las respuestas recabadas.

Como se puede observar, la densidad lexical de verbos es baja (sólo cuatro), lo que nos lleva a considerar una limitación en el dominio cultural de los miembros de este grupo, probablemente debido a restricciones en su historia de socialización.

Las causas

Las principales causas mencionadas fueron las de orden psicosocial, y dentro de éstas las relacionadas con el estrés crónico interno, como los problemas psicológicos: "Le achacan que es cuestión de nervios y el corazón trabaja más forzado"; "Es el sistema nervioso porque no descansa el cuerpo como debe ser"; "Gente preocupona".

Otra causa señalada fue el estrés crónico externo relacionado con el trabajo: "A la gente grande le da la presión cuando deja de trabajar"; "El trabajo influye cuando uno tiene un grado de responsabilidad".

El estrés agudo interno fue aludido también: "La presión viene porque se enoja uno, por las mortificaciones, con el tiempo se acumulan"; "Del susto, me puse nerviosa y me salió la presión"; "A raíz de un disgusto con mi hijo me enfermé".

La causalidad para este grupo presenta características particulares: la internalidad del individuo juega un papel importante, ya que es vulnerable a la acumulación de agentes psicosociales, como las penas, las mortificaciones, o las relaciones sociales de un trabajo declinante, o el clima emocional de las relaciones familiares. La perspectiva causal se ve matizada por el pasado, que repercute en el presente.

Factores etiológicos relacionados

Características del huésped

Sexo

Al igual que en el grupo de 30 a 49 años, la mayor parte de las personas entrevistadas consideró que la hipertensión arterial ocurría con mayor frecuencia en las mujeres: "A las mujeres les da más por apuronas y por chillonas"; "Yo creo que la mujer porque [cuando] no hay regla, la sangre se agota y afecta el cerebro"; "Yo me he dado cuenta que les afecta más a las mujeres".

Cabe señalar que el estereotipo del sexo en la hipertensión arterial parece ser atribuido a la población con más experiencia, para transmitirse a la generación de sucesores. Esta situación debe tomarse en cuenta para estructurar programas y acciones de salud por género y generación.

Edad

A decir de los mayores de cincuenta años entrevistados el tiempo favorece el desarrollo de la hipertensión arterial, como resultado de un complejo de factores interrelacionados, como: la acumulación de mortificaciones, penas, el sedentarismo, la menopausia y la jubilación: "De los cuarenta en adelante salen muchas cosas"; "Con el tiempo se le acumulan a uno las mortificaciones"; "La presión alta depende de la edad, es algo que el cuerpo desgastado no soporta"; "Me dicen que cuando se le va a uno la regla"; "Que porque tuve muchos hijos"; "Es por la edad, por la fatiga y la falta de caminar".

Constitución

Se mencionaron dos tipos: la física y la psíquica. En la primera: "Le afecta a uno estar un poquito gordito, tiene uno más probabilidades"; "Por exceso de peso". En la segunda: "Es el sistema nervioso, gente preocupona"; "Yo soy apurona, y creo que eso tiene que ver".

Estas dos constituciones se ven de manera fatalista, ya que los miembros de este grupo creen que poco se puede hacer para variar la obesidad y el carácter emocional de las personas.

Religión

Para los mayores de cincuenta años la fe en Dios es la base de la fuerza de vivir, que ayuda a sentirse mejor en la vejez; dejan en manos de Dios el aliviarse o no de enfermedades que achacan a los viejos: "Por la fe te sostienes en la vida, aun en la enfermedad". "Te ayuda a que te sientas menos triste"; "Dios puede sanarme, porque tiene el poder para hacerlo y si no llegara a sanarme, me fortalece, porque él es quien decide hasta dónde llegamos"; "Con la fe vives tranquilo y mueres tranquilo".

Educación

El grupo consideró que no podía contestar esta pregunta debido a su bajo nivel de estudios; sin embargo, se expresó que aunque el estudio provoca más presión, quien no lo tiene también se ve afectado.

Nivel socioeconómico

La mayoría piensan que la hipertensión arterial afecta de igual forma a pobres y ricos, lo cual vuelve a plantearnos un patrón que aparece en los tres grupos, y que tiene una raíz ideológica de índole religioso, basada, por un lado, en la enfermedad como castigo y, por otro, en la igualdad de los hombres ante la divinidad, y sobre todo el hecho de que todos los hombres han sido creados a imagen y semejanza suya, con los mismos órganos, aparatos y sistemas; esto último sustenta la dimensión biológica de la enfermedad, sin embargo, no dejan de considerarse las condiciones materiales de existencia como importantes para la aparición de la hipertensión arterial: "A los ricos y a los pobres les da igual, el problema es la sangre"; "Lo rico o lo pobre es igual para la presión alta"; "Tienen

los mismos órganos”. En el caso de la gente pobre se hicieron referencias a su condición económica: “El pobre porque no tiene dinero, le da”; “Porque se preocupa que tener que comer mañana”. En cuanto a los ricos: “Porque quieren hacer más dinero”; “Porque cuanto más tienen, más quieren”.

Características de agentes o factores de riesgo

Alimentos y sustancias nocivas

Las personas mayores de cincuenta años expresaron que la función digestiva se deteriora con la edad, e impide la ingestión de ciertos alimentos, lo cual afecta la función de asimilación-excreción del cuerpo humano. Por otra parte, se tiene desconfianza a los alimentos enlatados, a la manteca de cerdo en ocasiones se le considera un componente no nocivo, debido a la costumbre heredada de cocinar ciertos alimentos con ella: “Antes comía dos platos de pozole, ahora sólo uno chiquito”; “El intestino no elimina el chile y la sal, por eso se engruesa la sangre”; “Me quitaron las cosas grasosas, cosas que tuvieran harina, arroz, la papa, la manzana, la sal y el azúcar”; “No tomo leche, cosas fuertes de alimentos, atoles y maicena”; “Siempre he cocinado con manteca, pero no tomo cosas grasosas”; “El refresco es malo, ni blanco, ni negro”; “Me prohibieron la sal”.

En los ejemplos anteriores se manifiesta una queja ante la agresión que representa la restricción (generalmente no explicada) de ciertos alimentos que formaron parte de la dieta cotidiana al menos por cinco décadas, situación que no es, con frecuencia, tomada en cuenta por el equipo de salud.

Cigarro y alcohol

El cigarro constituyó, para algunos, un factor etiológico: “Dicen que el cigarro la produce”; “Cuando me quebré, fumaba mucho, y después de tres meses de estar acostada, me salió”; “Yo fumaba mucho cuando me quería dar una embolia”.

Sin embargo, al igual que la generación de sucesores, el alcohol un factor de menor riesgo e incluso con propiedades curativas: "El alcohol no sé si hará daño"; "Con whisky se controla cuando está baja".

Herencia

La opinión mayoritaria de este grupo, a diferencia de las otras dos generaciones, fue que no se hereda la hipertensión, con base en la experiencia vivida con sus antecesores: "No se hereda, porque mi madre murió del estómago y mi papá también"; "Que yo sepa no es hereditaria"; "Yo no me explico porque mis padres no tenían".

No obstante, hubo una minoría que afirmó que sí era hereditaria, de acuerdo con el decir popular o la experiencia de sus antecesores: "La presión se dice que se hereda"; "Se puede heredar, porque una persona con el sistema nervioso alterado, eso se hereda a los hijos"; "Mis dos hijos sí la heredaron".

Contagiosidad

La mayor parte de las respuestas fueron categóricas, en el sentido de señalar que no hay contagio: "No se pega, ni se contagia"; "Yo no pienso que sea contagiosa"; "Por contagio no puede ser".

Relación con otras enfermedades crónicas

La relación jerárquica de la presión alta con enfermedades como el sida, el cáncer y la diabetes, no se establece de manera consistente, más bien se pone de manifiesto no un temor a morir rápido, sino a una agonía prolongada, o terminar su existencia en condiciones de deterioro físico y psicológico: "No me dio miedo cuando me dijeron que tenía la presión alta, todos nos tenemos que morir"; "La diabetes si me da miedo, porque se mueren despacito"; "La diabetes y la presión son diferentes, pero deben ser amigas, porque se acompañan"; "A la que le tengo miedo es a la leucemia y al cáncer, porque se me hace una enfermedad muy triste"; "Si le tengo miedo a la presión porque ya se han muerto mis papás, tengo

miedo a azotar”; “Me da miedo morirme del corazón, porque me pueden enterrar vivo”.

Esta posición generacional influye en la jerarquización, donde la enfermedad es “compañera” de otros padecimientos, que a su vez afectan y también forman parte de la vida de los adultos mayores, por lo que el problema no es morir, ya que existe la certeza de ello, sino la calidad de muerte, aspecto descuidado por nuestros sistemas de atención y enseñanza, que valdría la pena retomar de manera reflexiva, ya que hay aquí una marcada diferencia entre el saber científico de racionalidad tecnológica y el cotidiano de los adultos mayores.

Aspectos epidemiológicos complementarios

Percepción temporo-espacial

Las respuestas aluden al ayer y al ahora, al incremento del malestar concomitante por el cambio: “Cuando yo estaba jovencita no se oía decir de la presión arterial, ni del cáncer, ni de la diabetes, a veces del corazón”; “Yo creo que ahora hay más presión alta por el ritmo de vida acelerado, antes la vida era más tranquila, pero antes no se sabía de qué se moría uno”; “Eso de la presión alta se ha soltado de ahora poquito”; “Yo soy de rancho, aquí es donde yo he sabido de esas enfermedades”; “Ahora con tanta contaminación se ve más”; “Antes uno estaba sano porque comía leche de vaca y queso”; “Antes no se escuchaba hablar de la presión”; “Me parece que ahora; [hay más hipertensión] por tanta barbaridad que se hace, se riega a la atmósfera y afecta, las bombas y los muertos afectan”; “Antes había muchos árboles, ahora no hay nada, ahora se oye eso de la presión alta”; “Antes no había presión alta, ahora sí, abrieron la calle y pasaron muchos coches y camiones, siento que me ahogo con la peste de la gasolina y el humo”; “Antes decían que le pegó un dolor y se murió, ahora han sacado lo del infarto, lo del embolio, el sida y es que no le habían sacado el significado clínico, enfermedades nuevas”.

El reclamo de esta generación va en el sentido de la nostalgia por la tranquilidad de la vida semirural que prevalecía antaño en la colonia, y que el

cambio social y el desarrollo consecuente afectó y modificó estilos y modos de vida conservadores, y desagregó los problemas que conllevaba esa tranquilidad descontextualizada; se acierta en decir que antes no se oía de la hipertensión y se da un ingenuo mentis a la construcción de conceptos medicalizantes, al aceptar con humildad la falta de científicidad en los conceptos populares que esta generación maneja.

Prevención

Los comentarios relativos a la prevención tienen la profundidad que otorga la experiencia vivida, ya que no se habla de riesgo, sino que aluden a tres ámbitos: la atención, la conducta personal y el estilo de vida: "La prevención sólo a base de medicina se controla, llevándola como debe ser"; "Me dicen que tome una pastillita diaria para prevenir la embolia"; "Para que a uno no le dé [la presión alta] tiene que ir con el médico para que lo cheque"; "Tranquilidad, hacer concha"; "Para prevenir la presión, sólo la tranquilidad"; "La presión alta se previene no teniendo preocupaciones, ni penas"; "Para vivir sano la alimentación y el ejercicio".

Recomendaciones

Se citó la autoatención y la atención médica, así como la demanda de información: "Yo nunca molesto al Seguro, ahora con mis enfermedades sí"; "Que lo atiendan a uno, porque son pocos los doctores que lo atienden bien a uno"; "Si no se cuida uno, le puede dar un ataque"; "Yo quiero saber más sobre la presión".

Dimensiones representacionales

Definiciones

Estas se circunscriben a la dimensión orgánica y aluden al corazón o a la sangre, refiriéndose principalmente a la función cardiaca, como núcleo figurativo de la representación social: "La presión es del corazón"; "Es porque el corazón no trabaja bien"; "La presión sí tiene que ver con el corazón, porque palpita más

rápido”; “La sangre tiene que ver con la presión”; “Me la imagino que es cuestión de la sangre”.

Información

Las respuestas señalan que las principales fuentes de información son los médicos y las personas allegadas y, en menor proporción, los medios masivos de comunicación: “Los médicos y la gente le ponen nombre a las enfermedades”; “Oye uno a lo que las personas dicen”; “El doctor me ha dicho lo que debo hacer”; “Estuve leyendo, *El Informador*”; “He oído de la presión por la radio”; “Yo compré un librito del corazón y ahí dice de la presión”; “Ahí en el Seguro, el médico era muy bueno”; “Si se me ofrece algo, iría con los vecinos, son muy buenos”.

Nótese que en los adultos mayores la figura del médico juega un papel importante como red de apoyo informativo para la hipertensión.

Imagen

La mayoría la relacionan con el corazón y la sangre, pero con un sentido más dinámico: “Me imagino al corazón que trabaja forzado, como que bombea con mucha fuerza, como golpes”; “El corazón con una pena muy pesada”; “Como corazón apachichado”; “La sangre no es bombeada, las venas perturban por la grasa o el colesterol”; “Como un reloj que a veces trabaja rápido y a veces despacio”.

La hipertensión arterial tiene así una representación mecánica centrada en la función cardiaca y en la circulación de la sangre; si tomamos en cuenta la definición clásica de hipertensión que involucra los conceptos de gasto cardiaco, viscosidad sanguínea y resistencia periférica, observamos que pertenece a una representación científica ya pasada que perdura en el saber popular, el cual, a la saga del pensamiento científico, implica, por una parte, la necesidad de realizar una eficaz popularización de la ciencia en la población y, por otra, de formalizar una epidemiología popular, que a la larga aporte elementos más firmes para que podamos construir una epidemiología sintáctica.

Signos y síntomas

El principal grupo de síntomas referido por la mayoría fue la afectación de la fortaleza física, la fatiga, la debilidad y el cansancio, los cuales se relacionan con el declinar orgánico propio de sujetos pertenecientes a grupos social y físicamente desgastados, como los obreros que formaron el grupo de estudio, quienes expresaron su malestar y sentir: "Cuando está arriba la presión, me siento sin fuerzas, me fatigo"; "Por la presión, que me afecta el corazón y todo el cuerpo, me siento fatigada"; "Cuando me descontrolo, por la presión, siento mucha flojera"; "Empecé a sentir cansancio, me sentí pesada"; "Cuando me enfermé de la presión, me sentía débil, desganado".

En segundo lugar está el corazón: "Cuando me descontrolo, me siento mal, me palpita el corazón"; "Me da un dolor en el pecho"; "Cuando se me sube la presión, me empieza a doler el corazón"; "Cuando siento la presión alta, siento que el corazón me trabaja recio".

El equilibrio psíquico y la función respiratoria también fueron señalados: "Por la presión que se me sube, me pongo triste"; "Cuando se me sube la presión, porque me descontrolo, me siento desesperado, decaído"; "Cuando se me sube la presión arterial, una desesperación".

La respiración fue mencionada como problema de malestar: "Por la presión se me va la respiración"; "Por la presión no podía respirar, me estaba asfixiando"; "Cuando me descontrolo, por la presión, como que me quiero ahogar"; "Siento ahogarme, me afecta la presión alta".

Otros síntomas mencionados en menor proporción fueron: estado de equilibrio y vigilia: mareos, borracheras, desmayo; la cabeza: "Dolor, reventar, me afecta y piquetes"; la sensopercepción: "Punzadas en los dedos, piquetitos en el cuerpo"; los órganos de los sentidos: "Ruido en los oídos, ver rueditas, ver cabellos en el agua"; el aparato digestivo: "Se me revuelve", "úlceras"; la sangre: "Derrames en los ojos".

En este grupo la diversidad de síntomas es mucho mayor que en las otras dos generaciones, y afectan el estado general, pero también presentan localizaciones específicas que hacen más compleja su comprensión; se podría decir que este grupo realiza de manera importante la construcción social subjetiva de la nosología de la hipertensión arterial que permeará las generaciones siguientes.

Tratamiento

El más mencionado fue el herbolario, en términos de remedios caseros: "El zapote blanco [las hojas] es bueno, pero le tengo miedo porque duerme mucho"; "El alpiste en té, pero la baja mucho"; "La cáscara de mandarina en té"; "El alpiste es un arma de dos filos".

Asimismo, se mencionaron: la flor de tila, la pasiflora y el té de azahar y de limón para tranquilizar. La chaya, que cura "50 enfermedades", y la flor de manita y el té de apio.

En segundo lugar, los medicamentos alopáticos específicos: "Me han dado tantas veces el Adalat"; "A mí me han dado el Aldomet"; "Ahora me están dando el Captopril con Isorbide tres veces al día y la Nifedipina"; "De medicina conozco la Metildopa"; "Tomo Acido Acetil Salicilico y Captopril".

Los medicamentos inespecíficos se ubicaron en tercer lugar de frecuencia: "La presión se cura con una medicina como una lenteja"; "A las cápsulas les tengo desconfianza"; "Me hizo prometer tomarme dos pastillas diarias".

La medicina homeopática fue nombrada en los siguientes términos: "Sí le tengo fe a la homeopatía, porque sí ayuda"; "La homeopatía es buena, pero es más lenta"; "Los chochitos pienso que curan, pero debe de durar más para que hagan efecto".

En lo que toca a los remedios herbolarios, el uso del zapote blanco es actualmente de indiscutible valor para el control de la hipertensión arterial, la pasiflora como sedante, y el apio para desahogar los vasos "opilados" (Martínez, 1933).

Complicaciones

Las específicas fueron las mayormente señaladas y se refirieron al corazón, cerebro y ojos: "Me salieron derrames en los ojos"; "El corazón, como es músculo, puede deteriorarse"; "De ahí vienen los infartos y los embolios"; "En la presión el corazón y las venas se tapan"; "Basca de sangre le vino como embolia, por la presión"; "Me estoy quedando ciega", "El doctor me dijo que podía rematar en la cabeza y podía perder el habla"; "Puede uno morirse si no se cuida uno la presión".

Las molestias, todas severas, coinciden con la epidemiología de las complicaciones de la hipertensión arterial, de aquí que consideremos que este grupo de edad puede ser un buen monitor para la enseñanza a otros grupos más jóvenes.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Martínez, M. (1933) *Las plantas medicinales de México*. México: Ediciones Botas.

5.7. COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La primera parte de nuestro estudio se basa en las narraciones individuales, fruto de las entrevistas a los tres grupos analizados.¹ Consideramos, al igual que otros autores que han estudiado la hipertensión arterial desde la antropología médica (Blumhagen, 1980; Garro, 1994), que estas técnicas son útiles para conocer la experiencia de la enfermedad, sin embargo, habrá que tener presente que estas narraciones no son independientes de los esquemas culturales compartidos:² concepción del cuerpo, de la enfermedad, del ambiente, etcétera, que en el caso de la hipertensión arterial, la gente adapta para su tratamiento y la interacción con los demás; por ello no fue raro encontrar en nuestros resultados, y de manera consistente, la emergencia de temas sobre la mente, el cuerpo y el ambiente en la causalidad de la enfermedad; de modo similar, y guardadas las proporciones socioeconómico-culturales, como en el caso de los ojibways de Canadá (Garro, 1994), se consideró el incremento en la frecuencia de la enfermedad crónica como algo fuera del control individual y que concierne a los amplios cambios sociales y ambientales y a la destrucción del modo de vida, situación que fue más notoria en la generación de mayores de cincuenta años y más.

En nuestra investigación se constató que la enfermedad es un proceso individualizado, donde se destaca que el conocimiento de ella es fruto de la experiencia y el contacto con otras enfermedades o situaciones producto de la interacción con otros (Garro, 1987).

Sin embargo, aunque mucho de ese conocimiento es históricamente desfasado, en lo que respecta al saber médico actual (Boltanski, 1977), el relativo a la hipertensión arterial presenta paralelismos y sincretismos que permiten

¹ Considero que este primer enfoque, por lo laborioso que es formar nodos de interacción por factores que intervienen en las representaciones de la hipertensión arterial, hace difícil conocer de manera más sistemática el dominio cultural de los grupos analizados, de ahí la razón para realizar una triangulación, con un segundo estudio con base en las técnicas de la antropología cognitiva, como se verá en el siguiente capítulo.

² Si bien los grupos estudiados reflejan la proporcionalidad de enfermos por grupos de edad, es decir, una frecuencia de casos directamente proporcional con la edad, los conceptos, valores y prácticas son compartidos, en buena proporción, por los miembros de cada grupo (el consenso se analizará en la parte II).

estructurar el pensamiento popular sobre la hipertensión arterial como un fenómeno grupal; con ello se ponen las bases de una epidemiología popular, que alude a la frecuencia de la enfermedad: en el tiempo, el espacio y en cuanto a las características de las personas.

A este conocimiento popular o lego de la enfermedad se le atribuyen tres fuentes de creencias (Blumhagen, 1980):

1. La idiosincrática, fruto de la experiencia personal, la cual es importante porque sirve de soporte para nuevas ideas.

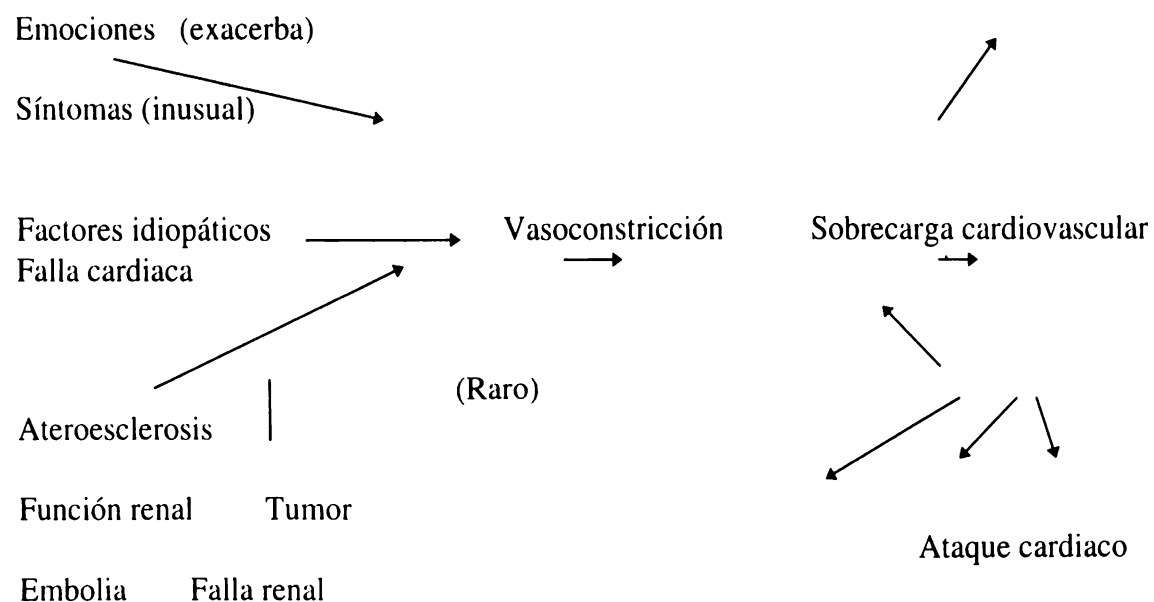
2. La popular, la más importante fuente de creencias (Chrisman, 1977), su información sirve como base del conocimiento que acumula el individuo.

Estas dos fuentes abarcan de 70 a 90% del repertorio de manejo de la enfermedad, sin recurrir al conocimiento experto.

3. El experto que corrige al popular y que no se limita a los médicos, sino a otros sanadores.

Blumhagen en su estudio trabaja la interacción entre *sistemas de creencias individuales y sistemas expertos* bajo el supuesto de que son estructuras uniformes no afectadas por los individuos, por lo cual considera como base el sistema experto médico, como a continuación se presenta.

Modelo clínico de la hipertensión



Este modelo, tal como se presenta, existe para el médico, y en el trabajo de Blumhagen, cuyo objetivo fue averiguar por qué la gente lo acepta, rechaza o modifica en su acción de solicitar, o no considerar la atención a su salud. Dicho autor encontró que esta gente desarrolló sus propios modelos, que variaron ampliamente del modelo clínico de sus consejeros. Lo anterior lo interpreto en el sentido de que no se puede concebir de manera unilineal la estructuración del pensamiento popular, ya que nuestros resultados muestran que la gente no sólo realizó sus propios modelos, sino que rebasó el clínico con conceptos de orden psicológico, social, económico y cultural, que la objetividad médica ortodoxa no considera.³

En cuanto a los modelos de construcción de la enfermedad que han impactado la salud pública de nuestro continente, destacan dos:

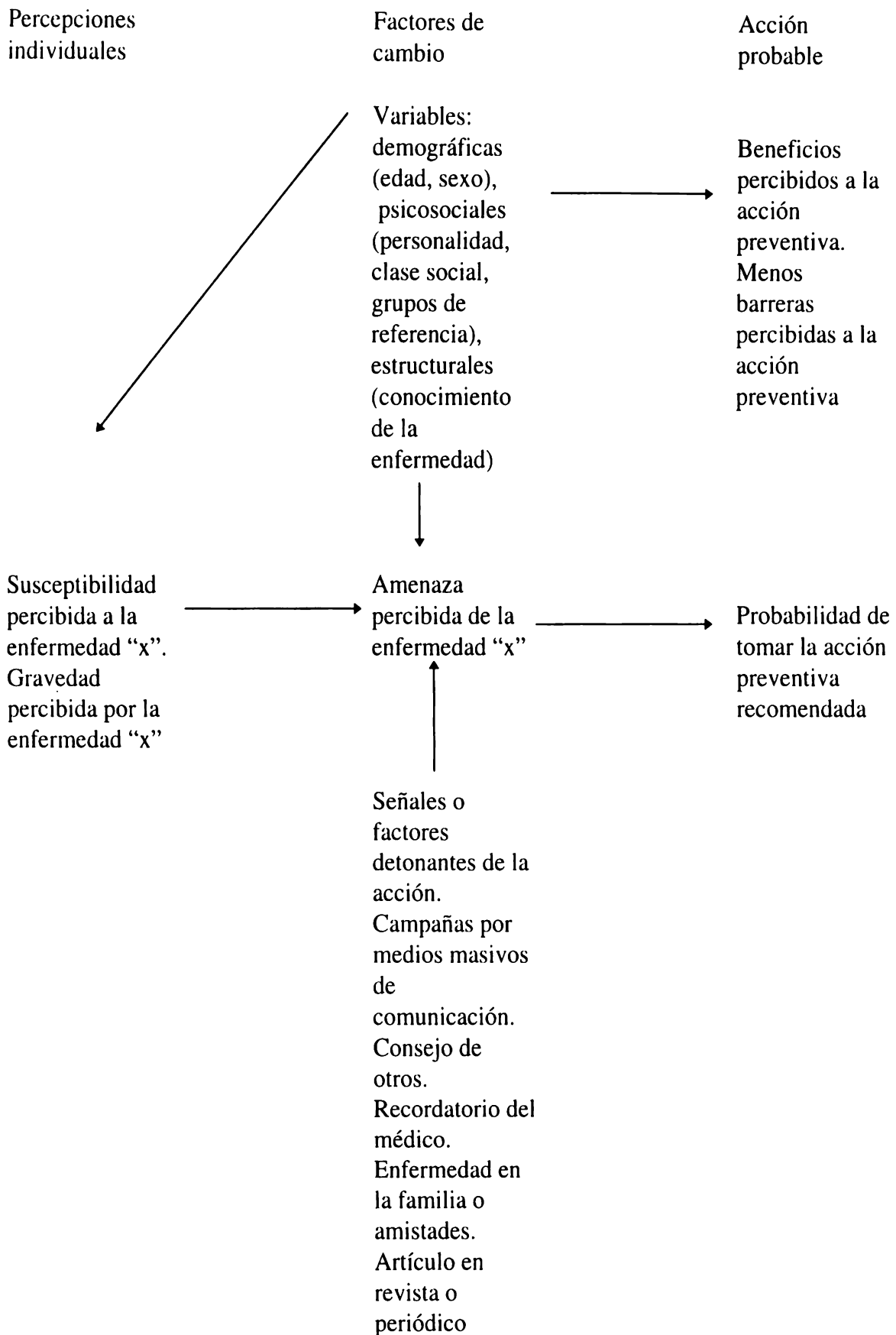
1. El de **Creencias de la salud**, desarrollado por Rosenstock (1974), constituido por varios componentes:

- a) La susceptibilidad percibida.
- b) La gravedad percibida.
- c) Las normas, presiones, creencias (donde puede haber creencias encontradas y el individuo tenga que jerarquizar, por ejemplo, se puede creer que una medicina alópata para este padecimiento, de reciente aparición, es buena, pero, al mismo tiempo, no es accesible por su alto precio).
- d) Las señales de acción o detonantes, que pueden ser internos o externos.

2. El de Chrisman (1977): **Modelo de búsqueda por la salud**, el cual plantea que la búsqueda de la salud está indisolublemente ligada a los estilos de vida y al sustrato de valores culturales (Pedersen, 1987).

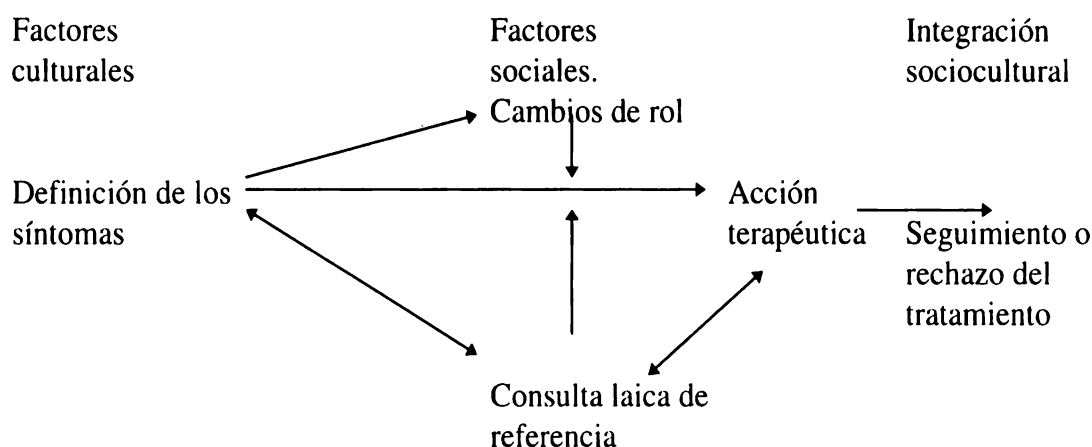
³ Markides y colaboradores, al estudiar un grupo de enfermos México-norteamericanos, señalaron, además, que hay que tener cuidado con las valoraciones realizadas por el médico, debido a que siempre se han considerado objetivas, en relación con las del propio paciente; sin embargo, ellos encuentran que éstas, sobre todo cuando son realizadas por pocos facultativos, no deben ser consideradas como estándares de oro para validar el estado de salud de los pacientes autovalorados.

Modelo de creencias de la salud



Nota: este modelo es el que más se ha aplicado en investigación, incluyendo las redes sociales y otras variables relacionadas con la organización social, en una explicación más sofisticada de la utilización de los servicios de salud. Sin embargo, entre los investigadores no hay un acuerdo sobre qué percepciones y motivaciones tienen importancia en la explicación de las diferencias en el comportamiento preventivo y en la utilización de servicios de salud y tecnologías médicas.

Modelo de búsqueda por la salud



Nota: según Pedersen, este modelo presenta una serie de componentes que no deben verse como etapas secuenciales, componentes que pueden ser útiles para la investigación de la historia natural de la enfermedad, ya que la idea del autor es ampliar, no reemplazar, otros enfoques metodológicos y de investigación sobre el comportamiento en salud.

Los modelos planteados anteriormente toman la conducta del individuo como elemento central, lo cual privilegia el enfoque estímulo-respuesta psicologista, que ha influido notablemente las investigaciones sociales. Este comentario no está en contra de la importancia de los elementos que alimentan el sistema de representaciones sociales de los grupos estudiados, donde las causas psicosociales son las más referidas como génesis de la hipertensión arterial;⁴ sin

⁴ L. Garro, "Explaining high blood pressure: variation in knowledge about illness", *American Ethnologist*, s/n, 1987, pp. 98-119. Los resultados de Garro para la comunidad de Ojibway, en las inmediaciones del lago Manitoba en Canadá, muestran las cinco principales causas mencionadas para tener hipertensión, siendo la más importante de origen psicosocial: preocuparse mucho (69%), alcohol (35%), exceso de ejercicio (31%), problemas familiares (27%), sobrepeso (27%) .

embargo, cada grupo presenta sus particularidades, por ejemplo, para los mayores de cincuenta años el estrés interno es más importante; en cambio para los otros dos grupos el estrés externo lo es más, lo cual interpreto como resultado de la inserción o retiro de las relaciones productivas en lo que toca a su dimensión laboral; la determinación económica hace que la lógica cambie en los dos grupos más jóvenes, los cuales manejan en su causalidad la dicotomía externo-interno, a diferencia de los mayores de cincuenta que tratan su causalidad con una gran carga de internalidad, donde lo externo es histórico.

Para trascender la percepción social y comprenderla como un proceso de representación social se requiere aplicar otros modelos desarrollados en Europa, modelos de cognición social, o representaciones sociales, cuyo objetivo es más amplio, ya que pretenden analizar la comunicación diaria y el pensamiento cotidiano, determinar la relación entre la psicología humana y las modernas tendencias sociales y culturales.

La naturaleza de las representaciones sociales y su capacidad de crear información permite familiarizarse con lo extraño y clarificarlo (Moscovici, 1980). Estos modelos pueden combinar la psicología social con la estadística, en términos de una teoría del consenso (Galam, 1991). Esta corriente se ha visto enriquecida con conceptos de la sociología cultural, como los vertidos por Bourdieu (1980), de *ethos*, *habitus* y *campo*,⁵ y con la reflexión weberiana sobre la comprensión del sentido de la acción humana, así como por la fenomenología, que hace de la perspectiva del actor el foco de su investigación, y se interesa por poner de manifiesto la red de intencionalidad que realizan las personas. Por la

⁵ *Ethos*. Este término es empleado en oposición a lo ético (considerando la ética como una serie de principios implícitos) para designar un *conjunto objetivamente sistematizado de disposiciones y principios prácticos con dimensión ética*. Así entonces, por el hecho de plantear preguntas la gente pasa del *ethos* a lo ético.

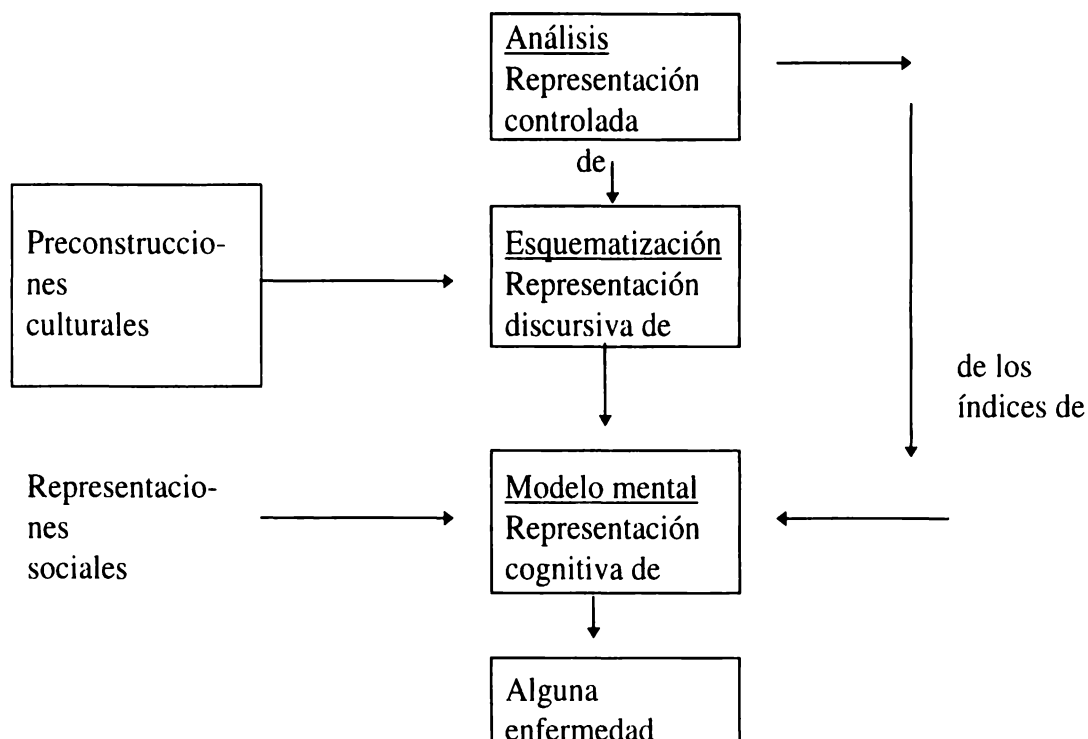
Habitus. Es aquello que se ha adquirido y encarnado de manera durable en el cuerpo bajo la forma de disposiciones perdurables, ligadas a la historia individual y social, reproduce lógicas y define la percepción de la situación, es adaptación constante. También se puede definir como *estructuras, estructurantes y estructuradas*, lo cual permite flexibilidad en la acción.

Campo. Espacio donde los agentes e instituciones están en lucha con el objeto de apropiarse de un capital que se halla en juego, así, quienes dominan el campo están en condiciones de poner las reglas del juego en su provecho contra los dominados; este campo se convierte en aparato cuando la dominación anula toda resistencia.

influencia de las corrientes anteriores objetos como la enfermedad no pueden existir si no tienen un sentido, el cual está dado por los sujetos; se trata de averiguar qué es extraño y qué es familiar, con el acervo de conocimientos disponibles por el actor, tipificados en función de su plan de vida (Coneau, s/f).

La perspectiva europea ha producido modelos interesantes como los siguientes:

Desarrollo de un punto de vista sobre alguna enfermedad



Fuente: Adaptado de Grize, 1993.

El modelo anterior puede constatarse con las definiciones dadas por los tres grupos estudiados, a partir del grupo de mayor edad, donde se plantea una representación de falla orgánica mecánica de la hipertensión, para transformarse en el siguiente grupo en una falla orgánica adaptativa, y terminar en el último grupo como una falla dinámica entre continente y contenido.

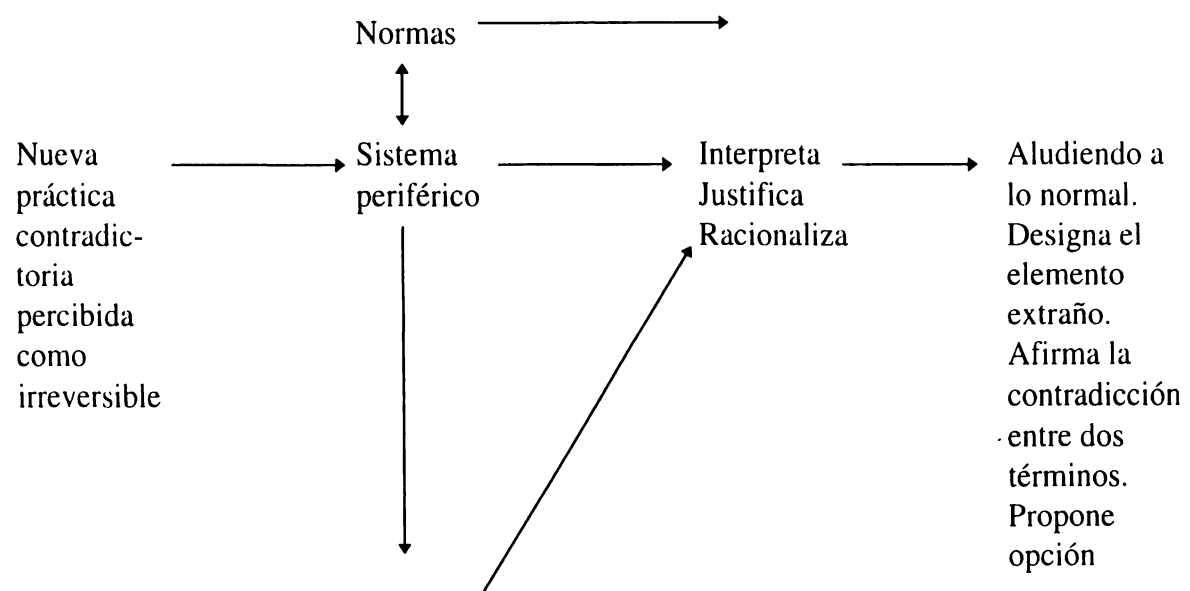
Transformación en las prácticas sociales y en las representaciones sociales

Para comprender mejor la transformación de las representaciones sociales, como sucede con las de la hipertensión arterial, sea a través de las generaciones o de los diferentes grupos culturales, debe tomarse en cuenta que aquéllas constan de dos sistemas básicos: uno central y otro periférico; el primero es estable y el segundo flexible, es decir, puede responder a la adaptación sociocognitiva cuando se introducen nuevas prácticas que contradicen el sistema de representación total. Al efecto, hay tres tipos de transformaciones:

1. La brutal, que llega directa a la representación central sin que haya ocurrido mecanismo de defensa del sistema periférico, *v. gr.*: en una epidemia o catástrofe.

2. La progresiva, ocurre cuando las nuevas prácticas no son del todo contradictorias con el sistema central, se da sin ruptura, mezclándose poco a poco, *v. gr.*: cambios en la cognición de la hipertensión de falla mecánica a adaptativa.

3. La resistente, donde se ponen en marcha mecanismos de defensa, como a continuación se esquematiza:



Pone en
marcha
mecanis-
mos de
defensa
para el
sistema
central

racionalizante



Da tiempo
para que se
reproduzca o
no como
esquema
extraño y
cambie el
sistema
central y la
representa-
ción

Fuente: Abric, 1993.

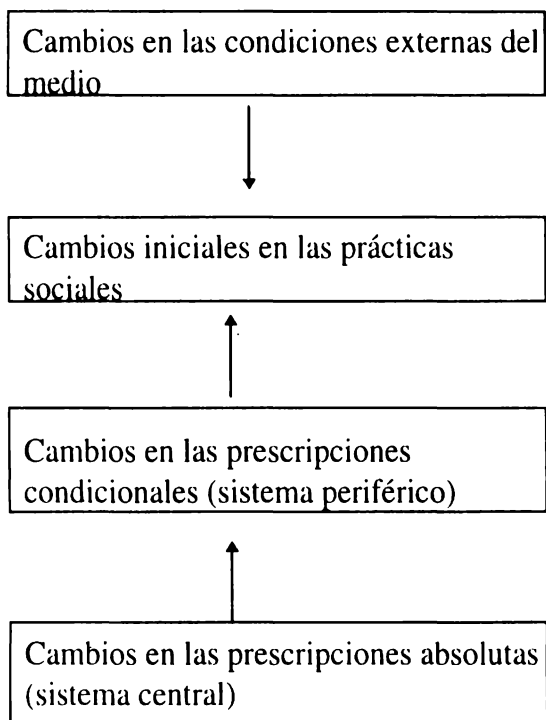
Complementando el cuadro anterior, en cuanto a las condiciones de transformación de las representaciones sociales, se debe tomar en cuenta que no todos los eventos presentan un profundo impacto en la vida social del grupo (Guinelli, 1993), por ejemplo:

a) Cuando las circunstancias cambian las prácticas sociales tienden a perder pertinencia. En la colonia, cuando se introdujo el Seguro Social por la fábrica, las prácticas médicas alternativas fueron desplazadas, ahora que hay desempleo y la fábrica cerró, estas prácticas (la homeopatía y la medicina herbolaria) tienden a reaparecer como opciones para el tratamiento de los problemas de salud de la colonia, *v.gr.* : la hipertensión.

b) Cuando el cambio es irreversible (de acuerdo con la percepción grupal) se tiende a esperar y se adopta un *statu quo, ante*, con objeto de reorganizar las representaciones mediante un esfuerzo cognitivo considerable. Al abrirse la avenida de Federalismo, los camiones urbanos de pasajeros pasaron a ser un apoyo para ir al centro de la ciudad, a considerarse el origen de la hipertensión a raíz de la contaminación que provocan:

c) Un acontecimiento tiene gran impacto cuando repercute en la historia grupal. La apertura y el cierre de la fábrica de hilados y tejidos de Atemajac lo ha tenido en la población de la colonia y en la prevalencia de hipertensión (era la responsable de las altas tasas de hipertensión en los obreros, hasta 40% en los adultos y su prevalencia en edades posteriores).

El siguiente esquema puede resumir algunos de estos aspectos:

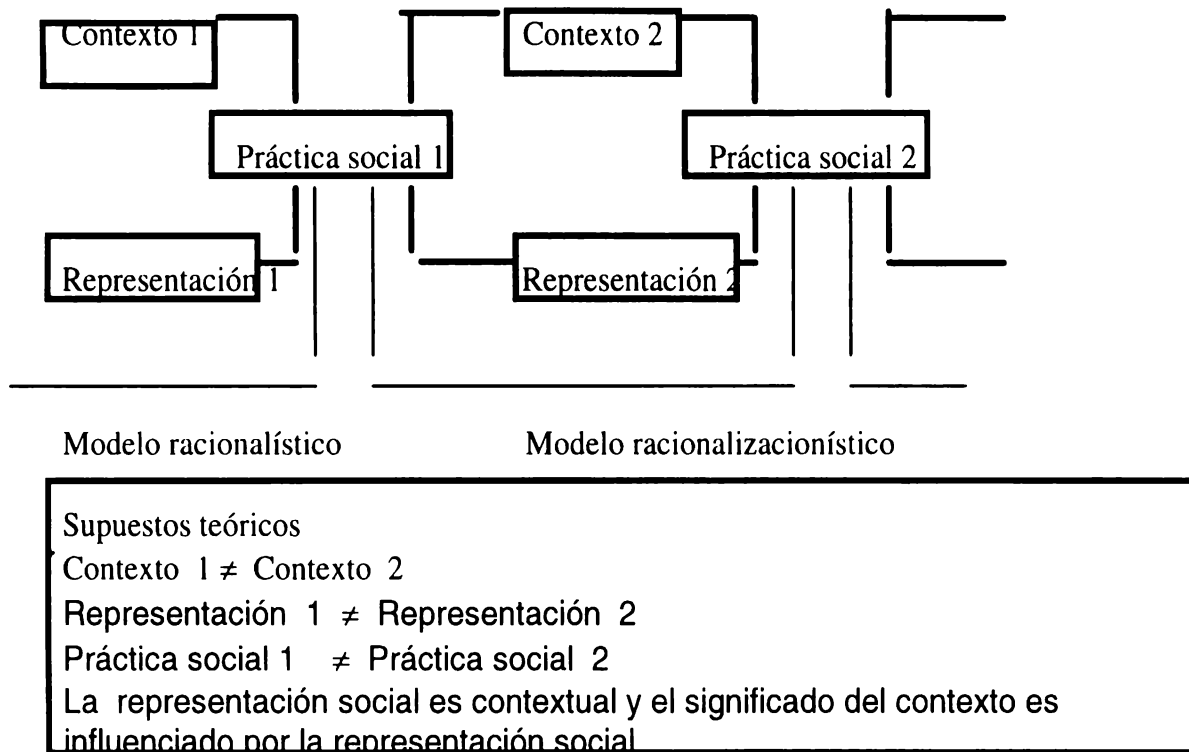


Fuente: Abric, 1994.

Los cambios detectados en las definiciones, verbos de acción, imágenes de la hipertensión arterial en los tres grupos estudiados pueden entenderse en términos de que, si bien los tres tienen un contexto físico, social, cultural y económico similar, cada uno le da una significación particular a la enfermedad, que se alimenta de la representación heredada y se connota por la experiencia de grupo, de tal manera que va cambiando en tiempo (transgeneracionalmente) y en espacio (intergrupalmente). Esta situación debe tomarse muy en cuenta para la aplicación de los programas de salud, ya que la tendencia de los planificadores de la salud ortodoxos es hacer tábula rasa de las generaciones y los grupos

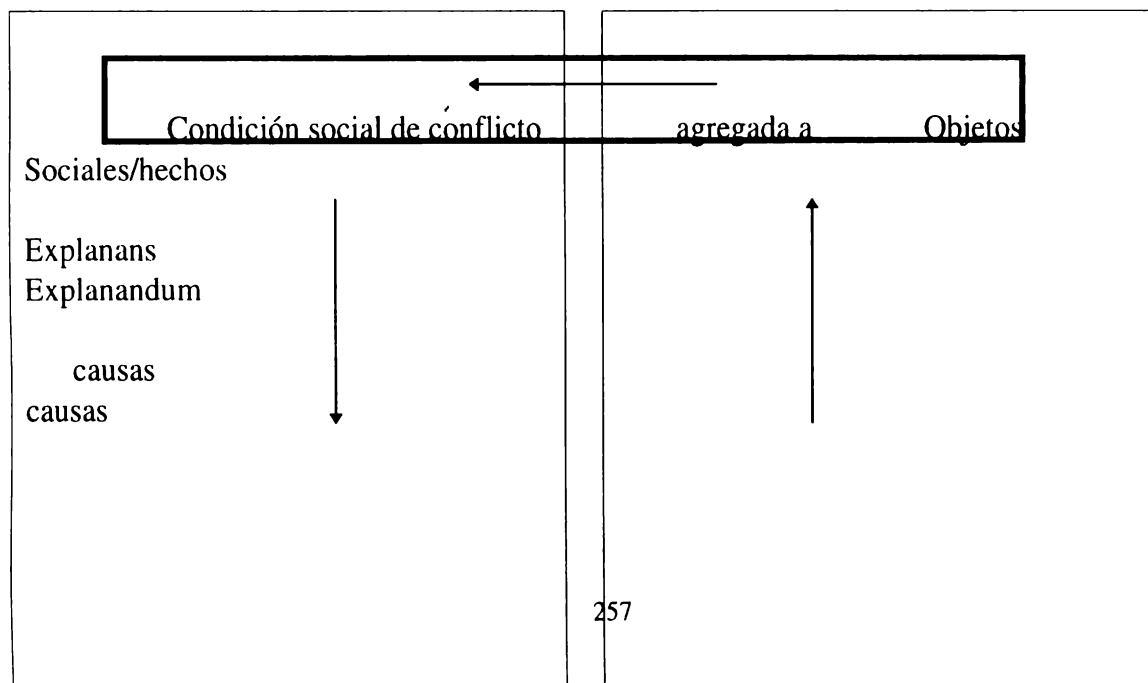
socioculturales, sin tomar en cuenta sus *ethos* y *habitus*, incorporándolos al campo médico científico, donde estos grupos se encuentran en franca desventaja por su saber “anacrónico”, sincrético, fragmentado y poco solidificado.

Contexto, representación social y práctica

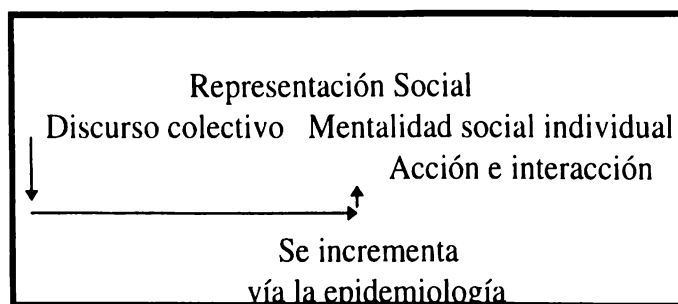


Fuente: Echebarría, 1994.

Los niveles de determinación y explicación en las representaciones sociales se describen en el siguiente diagrama:



Explanandum
Explanans



Responsable de
Responsable de

Determinar y explicar el nivel social

Determinar y explicar
el nivel individual

Adaptado de Wagner, 1995.

Los esquemas anteriores nos llevan a considerar la importancia de los contextos productivos, materiales y no materiales como base cultural, donde se desarrollan, permanecen y transforman las representaciones de la enfermedad, sobre todo si se tiene en cuenta la epidemiología popular de cualquier enfermedad como:

1. Una expresión generacional.
2. Una expresión de componentes epidemiológicos clásicos de espacio, tiempo y persona.

Así entonces, en nuestros resultados encontramos los siguientes patrones para la hipertensión arterial,⁶ en relación con los elementos clásicos de espacio, tiempo:

Elemento / grupo de edad	De 50 años y más	De 30 a 49 años	Menores de 30 años
Tiempo	Se ha incrementado	Se está incrementando	Se ignora

⁶ Para mayores detalles veánse los diagramas del 1 al 18b, anexos en este capítulo.

Espacio	Es propia del ámbito urbano	Es propia del ámbito urbano	Es propia del ámbito urbano
---------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

El manejo de la tríada epidemiológica por parte de la población y las creencias que la gente tiene al respecto --al igual que el conocimiento epidemiológico tradicional-- dan forma a las respuestas hacia la hipertensión arterial tanto de quien la padece como en su urdimbre social (Fitzpatrick, 1990). Por ello las personas entrevistadas ven la hipertensión como un padecimiento amenazante conforme se incrementa la edad y sienten que el proceso de urbanización-industrialización los afecta y limita en su desarrollo individual y social. Lo anterior se ha confirmado en comunidades aisladas, como en los xavantes de Brasil, al evaluar una pequeña comunidad de 50 individuos durante el período 1975-1990, donde se perdieron dos individuos y dos murieron (de cáncer y neumonía); sin embargo, no se detectó hipertensión arterial, siendo las presiones promedio para los grupos de mayores de setenta años de 140 / 90 mm de Hg y para el de 55 a 69 años de 130 / 60; el autor (Carneiro, 1993) concluye que si una comunidad aislada mantiene sus costumbres y estilos de vida básicos, la hipertensión arterial es rara. Otros autores (Aase, 1989) plantean, además, que en la diseminación de las enfermedades cardiovasculares se ponen de manifiesto dos momentos: uno de diseminación de los factores de riesgo y otro posterior de percepción de esos factores de riesgo, que provocan cambios en los estilos de vida; en nuestros resultados observamos que la percepción de la magnitud del problema se va conformando de acuerdo con el incremento de la edad.

Frecuencia de hipertensión arterial y características de la persona

Característica \ grupo de edad sexo	De 50 años y más Femenino a partir del estereotipo de la menopausia	Entre 30 y 49 años Femenino a partir del desgaste productivo, y reproductivo, se agrega la menopausia	Menores de 30 años Ambos sexos, a partir de la misma biología
Edad	A partir de edades (ciclos) productivos y reproductivos	A partir de las relaciones sociales de producción (por la interacción social y el desgaste laboral)	A partir de los cuarenta por la acumulación de problemas y desgaste funcional

Constitución	Persona gordita y nerviosa	La obesidad	Persona gordita y nerviosa
Nivel socioeconómico (ricos y pobres)	Igualdad porque fuimos creados por Dios, con los mismos órganos y la misma sangre	Igualdad ante Dios y por tener problemas	Igualdad por tener los mismos órganos

La percepción de los adultos mayores de treinta años sobre la mayor afectación de la hipertensión arterial por sexo, se consensa hacia la mujer, visión no alejada de la realidad epidemiológica; sin embargo, esta concepción de afectación implica una de género, que liga el sentido de la hipertensión al cuerpo político de la sociedad (Saltonstall, 1993), donde se refuerza el carácter cultural de la enfermedad en la mujer como consecuencia del “pecado original” (Klonoff, 1994), que afecta su función reproductiva, ya que al cesar ésta tiene que pagar un costo, entre otros, el padecer hipertensión arterial.

La constitución de las personas afectadas también presenta un consenso donde el sobrepeso y el nerviosismo están ligados, estableciendo una compleja relación, con sentido, ya que el nerviosismo puede causar incremento compulsivo en la ingestión de alimentos (Hanson, 1996); los nervios pueden ser considerados como el idioma del *distress*, una categoría de enfermedad o dispositivo metafórico de comunicación del estrés y una técnica para el manejo de impresiones (Migliore, 1994); en suma, los nervios y el sobrepeso, en nuestros resultados, representan un complejo dinámico, compuesto de significados ambiguos, que se usa para caracterizar diversas situaciones, entre ellas la predisposición o el fenotipo de la hipertensión arterial, que sin duda al ligarse con la afectación a la mujer, colaboran para construir socialmente la hipertensión arterial en términos de género y generación.

La percepción de la clase social al parecer no es tan importante para la incidencia de la enfermedad, ya que su núcleo central gira alrededor de la igualdad orgánica en la que Dios, para los adultos mayores de cincuenta años, “los problemas”, para el grupo de 30 a 49 años, y la anatomía, para los menores de treinta años, son los calificativos que matizan este núcleo, donde lo biológico

se subordina a lo sobrenatural y lo social en este caso no incide en lo biológico, ya que ambos aunque se consideran aspectos diferentes, el sincretismo en el dominio cultural de lo difícil, lo anormal, hace que más fácilmente convivan lo tradicional y lo moderno (Castro, 1991). Estas percepciones son parecidas a la hipótesis formulada por Nilsson (1994), sobre que las razones de Momios encontradas para hipertensión arterial y clase baja no apoyan una susceptibilidad general (Syme, 1976) de la clase baja a factores de riesgo estándar, debiendo estudiarse factores más específicos. Lo anterior es debido a que la teoría estructural funcionalista convencional de la clase social, es inadecuada para probar una hipótesis clasista de la hipertensión, debe estudiarse en un marco más complejo, donde se tomen en cuenta lo sociocultural (Dressler, 1991), ya que estas diferencias están mediadas por el apoyo social, por ejemplo, la percepción del estrés económico influye en los patrones culturales urbanos de las capas medias (Dressler, 1992).

Factores de riesgo o agentes de enfermedad

Agente o factor \ grupo de edad	De 50 y más años	De 30 a 49 años	Menores de 30 años
Alimentos	Son perjudiciales cuando no se eliminan o digieren por deficiencias en la función digestiva	La carencia predispone y el exceso como las grasas produce enfermedad	La sal y las grasas (el colesterol) son perjudiciales
Hábitos nocivos	El alcohol tiene una doble función (perjudicial y benéfica), el tabaco es perjudicial	El alcohol tiene una doble función (perjudicial y benéfica), el tabaco es perjudicial	El tabaco tiene una doble función: calma el estrés pero también perjudica. Las drogas afectan el cerebro y suben la presión arterial
Herencia	No se hereda (no tienen experiencias previas)	Se hereda por los genes que afectan funciones y órganos, así como el nerviosismo. No se hereda por el peso de lo exterior	Se heredan tanto la hipertensión arterial como el nerviosismo
Contagio	No existe	No existe	No existe

L. Garro, "Explaining high blood pressure: variation in knowledge about illness", *American Ethnologist*, s/n, 1987, pp. 98-119.

Sólo las personas menores de cincuenta años manifestaron, en lo que toca a los alimentos, la importancia de las grasas animales como factores de riesgo, situación reportada por investigadores donde la dieta rica en colesterol, lípidos de baja densidad y triglicéridos se asocian a factores psicosociales, ambos ligados a la hipertensión arterial (Dressler, 1992 b). Respecto a las sustancias nocivas, presentan un patrón que nos recuerda lo notificado por otros investigadores (Black, 1994), quienes evidencian porcentajes incrementales de viejos bebedores por generación y consistentemente bajos según la edad.

A manera de comparación intercultural, las sustancias nocivas son mencionadas de manera importante, por ejemplo, en los resultados obtenidos para la comunidad de Ojibway, en las inmediaciones del lago Manitoba en Canadá, muestran que entre, las principales causas mencionadas para tener hipertensión, el alcohol fue citado en segundo término, con una frecuencia de 35% (Garro, 1987).

Estos resultados los interpretamos en el sentido de que cuando el consumo material no es satisfecho por la conducta de *status*, hay una incongruencia en el estilo de vida, la cual se ha encontrado asociada con altos niveles de colesterol, independiente de la edad, peso, talla, sexo, historia familiar de hipertensión, uso de alcohol y menopausia (Dressler, 1992b).

La hipertensión y otras enfermedades crónicas

Grupos de edad	De 50 años y más	De 30 a 49 años	Menores de 30 años
Conceptos	El principal temor está dado por no morir rápido. Se considera la presión arterial alta y la <i>Diabetes mellitus</i> como amigas	La hipertensión arterial peligrosa por sus complicaciones, sin embargo, el sida, el cáncer y la diabetes son más temibles	Son más temibles el cáncer y el sida, y la hipertensión arterial y la diabetes se consideran similares

Si bien la enfermedad crónica se considera aún una desviación estigmatizante, dado que es un proceso deben tomarse en cuenta otros aspectos para entender la experiencia de la enfermedad, uno de ellos tiene que ver con la

percepción de los síntomas que inciden en las relaciones sociales, el estilo y la calidad de vida de las personas (Belgrave, 1990), de ahí que son más temibles el sida y el cáncer o la lenta agonía. Así, a nivel internacional se acepta más el asma, la diabetes, las enfermedades cardíacas, la artritis, y menos el sida, el retraso mental y la parálisis cerebral (Westbrook, 1993).

Prevención de la hipertensión arterial y recomendaciones pertinentes

Concepto / grupos de edad	De 50 y más años	De 30 a 49 años	Menores de 30 años
Prevención	El hincapié se da en la prevención secundaria y luego en el estilo de vida	El hincapié se da en la prevención secundaria y los hábitos higiénicos (en alimentación y conducta)	El hincapié se da en la higiene de la alimentación, física y la evitación de toxicomanías
Recomendaciones	Referidas a la autoatención, a la mejoría en la atención médica y mayor información	Referidas a mejorar la información	Referidas a mejorar la información y a una atención comprensiva al joven

Los resultados encontrados muestran una gran influencia de la medicina en la prevención de la enfermedad, sea en forma de tratamiento adecuado o de diagnóstico precoz; en segundo lugar se ubica la higiene y de ninguna manera se habla de congruencias en el estilo de vida. Lo anterior implica la necesidad de desarrollar una nueva perspectiva de estilos de vida (Dressler, 1990) y de promoción de la salud, que tenga lugar en el amplio contexto social, para que se logre y crezca un modelo holístico donde se unan lo médico, lo social, lo ambiental y lo político, reconociendo ante todo que la salud es un bien público (WHO, 1986). Esta nueva perspectiva debe evitar concepciones fatalistas en la determinación de los beneficios potenciales del comportamiento profiláctico (Davison, 1992); asimismo, se debe tomar en cuenta que la gente por lo regular cree que se puede prevenir la hipertensión arterial, pero ha de reforzarse esta concepción señalando que el *locus* de control de la prevención es primariamente interno, mediante planteamientos acordes con los niveles culturales de las diversas poblaciones blanco de los programas preventivos ((Kumanyka, 1989).

En lo que toca a las representaciones sociales de la hipertensión arterial, se observan cambios en las fuentes de información: de ser el propio médico quien informa a las generaciones mayores, a los medios de comunicación masiva en los jóvenes; de una imagen mecánica de la enfermedad centrada en el corazón en la generación de cincuenta y más años, a una abstracta de movimiento y explosividad potencial; de un significado de función cardiovascular con sentido anatómico, a uno procesal con sentido social y fisiológico.

Dimensión / grupo de edad	De 50 y más años	De 30 a 49 años	Menores de 30 años
Información	Por el médico Por la gente Por los medios	Por el médico Por los medios por la gente	Por los medios Por el médico Por la gente
Imagen	Corazón que bombea	Algo móvil, que sube	Movimiento con plenitud y capacidad explosiva
Definición	Es el resultado del funcionamiento conjunto del corazón y la sangre	Es resultado de una deficiencia orgánica y de las emociones	Es un proceso orgánico, resultado de una interacción con el medio

En nuestro caso, las representaciones sociales de la hipertensión arterial, en las generaciones jóvenes, van haciéndose más públicas y el sentido de la enfermedad tiende a ser más holístico a diferencia de los mayores de cincuenta años, quienes presentan representaciones más mecánicas, quizá producto de su independencia económica y lingüística (Manco y Loutz, s/f.), lo que reduce sus posibilidades de usar adecuadamente los servicios de salud, sobre todo si tomamos en cuenta que el apoyo social es útil para moderar el estrés por incongruencia de *status*, para lo cual se requiere la relación de viejos con jóvenes y en jóvenes con pares (Dressler, 1991b). Por otra parte, la importancia de la construcción de la salud con base en el cuerpo (Saltonstall, 1993) como un problema individual (en la generación de cincuenta y más) y la construcción con base en el cuerpo social en las generaciones jóvenes, debe tomarse en cuenta para la estructuración de programas de salud; por ejemplo, las definiciones registradas nos ayudan a determinar las consecuencias sociales (Volinn, 1989) de incapacidad y deterioro en el grupo de 30 a 49 años, el cual Dressler señala

como el que percibe mayormente las incongruencias de *estatus* en el estilo de vida, independientemente de otros *estresores* sociales (Dressler, 1990b).

Los signos y síntomas están referidos de acuerdo con la situación y experiencia de salud de los integrantes de los grupos involucrados, es decir, con su proceso vital y desgaste orgánico.

Grupo de 50 y más años	Grupo de 30 a 49 años	Grupo de menores de 30 años
Afectación de la fortaleza física: fatiga, debilidad y cansancio. Malestar en el corazón: palpitaciones y dolor. Trastornos emocionales: tristeza y desesperación. Dificultad para respirar.	Malestar en la cabeza: dolor y embotamiento. Malestar corporal: calor y sudor. Afectación del equilibrio físico y la conciencia: mareos, borracheras y desvanecimientos. Afectación de la fortaleza física: debilidad.	Malestar en la cabeza: dolor. Afectación del equilibrio físico: borracheras y mareos.

Nuestros resultados (sobre todo en los menores de cincuenta años) concuerdan, de manera general, con los obtenidos por Garro (1987) en una comunidad indígena en las inmediaciones del lago Manitoba en Canadá, donde los principales síntomas en los miembros de la comunidad Ojibway fueron: dolor de cabeza (81%), mareos (69%), cansancio/fatiga (54%), que la sangre se sube a la cabeza (54%). Las principales complicaciones fueron: puede matarme, paro cardíaco, desvanecimientos, problemas cardíacos, romperse una vena, diabetes, irse a los ojos, enfermedad mental, daño cerebral, estallar la cabeza.

Si bien Blumhagen (1980) diferencia hiper-tensión, estado que caracteriza como nerviosismo, miedo, ansiedad, preocupación, coraje, etcétera, con lo cual se llega al estado de hipertenso, los síntomas iniciales de "hiper-tensión" persisten en la hipertensión, aspecto de capital interés, no tan sólo semántico (Nitcher, 1994), en la atención médico-sanitaria del problema, debido a que el miembro del equipo de salud puede confundir esta forma popular de entender la hipertensión arterial⁷ y considerar que el paciente se encuentra en el período

⁷ En el presente estudio, de acuerdo con Vargas (1991), entendemos la enfermedad como una entidad clínico-nosológica, una abstracción para clasificar signos y síntomas en categorías taxonómicas y al padecer la manera que cada individuo sufre las alteraciones de su salud.

prepatogénico;⁸ así entonces, esta aparente contradicción debe tomarse en cuenta como una ventaja, un elemento básico para integrar índices de riesgo; en lo particular, hemos constatado esta situación al relacionar el índice Harvard de personalidad "A" con hipertensión, y la pregunta ¿es usted muy preocupón(a)? con hipertensión, encontrando una mayor sensibilidad (riesgo relativo >3) en este simple reactivo.

Lo planteado no es tan simple, ya que si bien la estigmatización inherente a una enfermedad crónica es importante, lo es aún más para el enfermo el significado que confiere a ciertos síntomas y signos (Belgrave, 1990) (como el cansancio crónico), que pueden modificar sustancialmente diferentes esferas de su vida cotidiana (social, sexual e individual), y por ende su estilo de vida y su motivación para *vivir (de cierta manera)*, lo cual es fundamental para los programas de atención, ya que se debe pugnar por promover un enfrentamiento acertivo ante la hipertensión arterial (enfermedad crónica) y ante la vida misma. Es como cuando el médico enfrenta a pacientes desahuciados que no quieren vivir, el enfermo de hipertensión (crónica), si bien quiere vivir, no lo manifiesta de una manera proactiva. No debemos entonces olvidar que la experiencia es un medio y proceso intersubjetivo a nivel micro cultural e infrapolítico, en los cuales alguien participa en un mundo local, donde esta experiencia media entre el contexto y la persona, el significado y la psicobiología de la salud-enfermedad-atención (Kleinman y Kleinmam, 1991).

Hay un movimiento de tratamientos empíricos en las generaciones de adultos mayores a tratamientos médicos en los jóvenes, sin dejar de recurrir a los remedios caseros.

Grupo de 50 y más años

Grupo de 30 a 49 años

Grupo de menores de 30 años

Herbolaria

Herbolaria

Alopatía

⁸ En el período prepatogénico de la enfermedad se requiere poner cuidado en la semántica de las enfermedades percibidas por la población, en su cultura en salud, ya que una palabra como debilidad puede significar una predisposición que afecta la identidad moral del enfermo, lo cual a su vez hace que en el período patogénico de la enfermedad se enfoque el tratamiento con medicamentos que tiendan a fortalecer esa situación de debilidad, y favorecer su avance por falta de medicación adecuada.

Alopatía
Homeopatía

Remedios caseros
Alopatía
Homeopatía

Remedios caseros

Aunque la medicalización de la enfermedad gana terreno como parte de la cultura del tratamiento de la hipertensión en las generaciones más jóvenes, no debe perderse de vista que las terapias alternativas⁹ y la automedicación¹⁰ (sobre todo esta última) constituyen estrategias de enfrentamiento, en un contexto de desigualdad social, económica y política, que aunadas a la experiencia de vivir con una enfermedad crónica y las esperanzas frustradas de una curación radical¹¹ (al estilo de las enfermedades infecciosas), conforman las estructuras, estructuradas y estructurantes, de esta conducta ante la enfermedad, ejemplo de ello es que los pacientes dicen estar curados cuando un síntoma significativo cambia favorablemente; en estos casos el comportamiento y el enriquecimiento de la interacción social son los responsables de esa evaluación positiva (Kleinman y Sung, s/f).

Kleinman (Kleinman, Eisenberg y Good, 1978) refuerza nuestro comentario al señalar que la percepción pública de la crisis en la atención a la salud presenta varios componentes, como los crecientes costos, la inaccesibilidad, la mala distribución de los servicios y especialidades y, sobre todo, la insatisfacción por la calidad de la relación médico-paciente.¹² Sin

⁹ Su importancia cobra mayor relevancia si tomamos en cuenta a Fuenham (1994), quien encuentra que las creencias religiosas, políticas, así como las actitudes hacia las medicinas alternativas fueron los más poderosos predictores de las creencias relacionadas con la salud.

¹⁰ Hace dieciocho años los académicos descubrieron que la gente se automedicaba (Kickbush, 1989), sin embargo, este es un aspecto político, como el movimiento feminista. La automedicación se considera un aspecto importante para la atención primaria en salud, por ejemplo, en Sri Lanka se ha reportado que en los alfabetos la automedicación es más frecuente que en los analfabetos (Abosedo, 1984), lo que en nuestro caso debe considerarse en un marco más amplio de autocuidado y educación.

¹¹ Si bien la medicina clásica plantea aspectos negativos, tiene que tomarse en cuenta que las prácticas alternativas también ofrecen falsas esperanzas y oportunidades (Kottow, 1992).

¹² Heurtin-Roberts y Reisin (1992), al estudiar las quejas de los pacientes con hipertensión arterial y con hiper-tensión, encontraron que éstas se ligaban más al segundo modelo ($p < 0.001$), que al primero ($p < 0.01$); además de que se relacionaban significativamente ($p = 0.05$) con el control de la presión arterial. La no complacencia ante la atención médica ha sido más estudiada desde el punto de vista médico y explicativo causal; en algunos resultados (Hunt y cols., 1989) se ha visto que el entendimiento del paciente es divergente al del médico, sin que el primero fuera incapaz de entender el diagnóstico; la consideración de los roles diarios en función del diagnóstico y el

embargo, de manera paradójica, la medicina ha incrementado su potencial tecnológico, impactando en la calidad del encuentro médico-paciente.

Kleinman señala, además, que los conceptos derivados de la antropología y la investigación transcultural pueden proveer marcos alternativos de solución, para lo cual habrá que distinguir entre malestar y enfermedad (Vargas, 1991) y la noción de construcción de la realidad clínica; para él una alternativa es el desarrollo de la ciencia clínico-social, en lo particular yo soy partidario de ir más allá de lo clínico, trascenderlo a través de lo epidemiológico sociocultural, es decir, mediante un enfoque "eudemiológico", que tome en cuenta las representaciones sociales de la salud-enfermedad-atención para las estrategias, donde se pueden considerar las de tipo activo, mágico, y las que combinan los dos anteriores (Echebarría, San Juan y Ozamiz, 1992).

Los grupos entrevistados ubican las complicaciones en los órganos que la medicina y la epidemiología señalan como blancos comunes de la hipertensión arterial, de acuerdo con la edad de afectación.

Grupo de 50 y más años	Grupo de 30 a 49 años	Grupo de menores de 30 años
El corazón	El corazón	El corazón
El cerebro	El cerebro	El cerebro
Los ojos	El riñón	
	Las "venas"	

Blumhagen (1980) reporta principalmente problemas cardiacos y algunos signos y síntomas! [paro cardiaco (67%), ataque cardiaco (45%), falla cardiaca (30%), rubor (30%), mareos (27%)]. En cambio, los resultados de Garro (1987) en la comunidad de Ojibway son más parecidos a los nuestros: puede matarme, paro cardiaco, desvanecimientos, problemas cardiacos, romperse una vena, diabetes, irse a los ojos, enfermedad mental, daño cerebral, estallar la cabeza.

Cabe señalar que la percepción de las complicaciones varía en cada cultura, por ejemplo: los alemanes las aceptan más, y los griegos, chinos y

tratamiento es más útil para explicar la falla al tratamiento y a la consulta, ya que el uso de los tratamientos refleja el deseo del paciente de controlar síntomas sin constreñir su vida cotidiana.

árabes, menos; dentro de las más aceptadas están las derivadas de la diabetes, las enfermedades cardíacas, el asma y la artritis, y entre las menos, el sida, el retraso mental y la parálisis cerebral (Westbrook, Legge y Pennay, 1993). Lo anterior conlleva la necesidad de profundizar estas percepciones en nuestro medio, ya que los programas de prevención terciaria (rehabilitación) están elaborados con base en un modelo médico de causa-efecto de aplicación a manera de tábula rasa.

Al igual que Garro concluimos que:

1. Los resultados deben ser aplicados al problema hipertensión arterial .
2. El modelo cultural es de reciente cuño, ya que la presión arterial es un concepto nuevo para los miembros de la colonia Fábrica de Atemajac, quienes hacen un sincretismo con el modelo de la enfermedad aguda para darle sentido a la crónica, obteniendo su información de personal especializado.
3. El modelo muestra similitudes principalmente con el de Garro y en menor medida con el de Blumhagen, en cuanto a las respuestas obtenidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aase, A. y R. Almas (1989) "The diffusion of cardiovascular disease in the norwegian farming community: a combination of morbidity and mortality data", *Social Science and Medicine*, vol. 29, núm. 8, pp. 1027-1033.
- Abosede, O. A. (1984) "Self medication: an important aspect of primary health care", *Social Science and Medicine*, vol. 19, núm. 7, pp. 699-703.
- Abric, J. C. (1993) "Central System, periphereal system: their functions and roles in the dynamics of social representations", *Papers on Social Representations*, vol. 2, núm. 2, pp. 75-78.
- (1994) "Practiques socieles et representations", Presses universitaires de France. París, en *Textes sur les Répresentations Sociales*, vol. 3, núm. 1, pp. 87-90.
- Belgrave, L. (1990) "The relevance of chronic disease in the everyday lives of elderly woman", *Journal of Aging and Health*, vol. 2, núm. 4, pp. 475-500.

- Black, S. y K. Markides (1994) "Aging and generational patterns of alcohol consumption among mexicans-americanas, cubans-americans, and main land puerto ricans", *International Journal of Aging and Human Development*, vol. 39, núm. 2, pp. 97-103.
- Blumhagen, D. (1980) "Hyper-tensión: a folk illness with a medical name", *Culture, Medicine and Psichiatry*, núm. 4, pp. 197-227.
- Bourdieu, P. (1980) *Qestions de Sociologie*. París: Les Editions de Minuit, pp. 133-136.
- Carneiro, O. y P. Jardín (1993) "Pressao arterial em tribo xavante: comparacao 15 anos depois", *Arquivos Brasileiros de Cardiología*, vol. 61, núm. 5, pp. 279-282.
- Castro, J. M. y cols. (1991) "Embarazo y parto entre la tradición y la modernidad: el caso de Ocuítico", *Revista de Estudios Sociológicos*, núm. 27, pp. 583-606.
- Coneau, Y. (s/f) "Resurgiment de la vie cotidienne", *Sociologie et Societes*, vol. XIX, núm. 2, pp. 115-123.
- Chrisman, N. J. (1977) "The health seeking process: an approach to the natural history of illness", *Culture, Medicine and Psichiatry*, pp. 351-377.
- Davison, C., S. Frankel y G. Smith (1992) "The limits of life style: re assessing fatalism in the popular culture of illness prevention", *Social Science and Medicine*, vol. 34, núm. 6, pp. 675-685.
- Dressler, W. (1990) "Education, life style and arterial blood pressure", *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 34, núm. 5, pp. 515-528.
- (1990b) "Lifestyle, Stress and blood pressure in a southern black community", *Psychosomatic Medicine*, núm. 52, pp. 182-198.
- (1991) "Social Class, skin color and arterial blood pressure in two societies", *Ethnicity Diseases*, núm. 1, pp. 60-77.
- (1991b) "Social support, lifestyle: incongruity and arterial blood pressure in a southern black community", *Psychosomatic Medicine*, núm. 53, pp. 608-620.
- (1992) "Social factor mediating social class differences in blood pressure in a jamaican community", *Social Science and Medicine*, vol. 35, núm. 10, pp. 1233-1244.

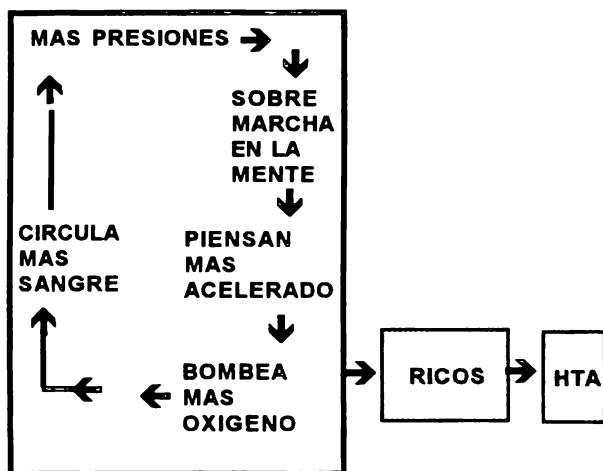
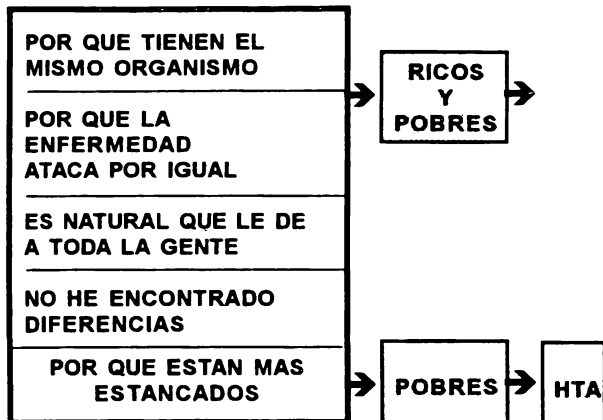
- Dressler, W., P. Evans y G. Pereira (1992 b) "Status incongruence and serum cholesterol in a english general practice", *Social Science and Medicine*, vol. 34, núm. 7, pp. 757-762.
- Echebarría, E. A. (1994) "Social Representations, Social practices and Causality : a reply to W. Wargner", *Papers on Social Representations*, vol. 3, núm. 2, pp. 195-200.
- Echebarría, E. A., G. San Juan y J. Ozamiz (1992) "Representations of health illness and medicine: coping strategies and health promoting behavior", *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 31, Pt. 3, pp. 339-349.
- Fitzpatrick et al. (1990) *La enfermedad como experiencia*. México: CONACyT / Fondo de Cultura Económica, cap. II, pp. 19-41.
- Fuenham, A. (1994) "Explaining health and illness: lay perceptions on current and future health, the causes of illness and the nature of recovery", *Social Science and Medicine*, vol. 39, núm. 5, pp. 715-725.
- Galam, S. y S. Moscovici (1991) "Towards a theory of collective phenomena: consensus and attitude changes in groups", *European Journal of Social Psychology*, vol. 2, núm. 1, pp. 49-74.
- Garro, L. (1987) "Explaining high blood pressure: variation in knowledge about illness", *American Ethnologist*, s/n, pp. 98-119.
- (1994) "Narrative Representations of chronic illness experience: cultural models of illness, mind, and body in stories concerning the temporo mandibular joint", *Social Science and Medicine*, vol. 38, núm. 6, pp. 775-788.
- Grize, J. B. (1993) "Logique naturelle et representations sociales", *Textes sur les Representations Sociales*, vol. 2, núm. 3, pp. 151-159.
- Guinelli, C. (1993) "Concerning the structure of social representations", *Papers on Social Representations*, vol. 2, núm. 2, pp. 85-92.
- Hanson, P. (1989) *El placer del estrés*. México: SITESA, pp. 133-142.
- Heurtin-Roberts y E. Reisin (1992) "The relation of culturally influenced lay model of hipertensión to compliance with treatment", *American Journal of Hipertensión*, vol. 5, núm. 11, pp. 787-792.

- Hunt., L., y cols. (1989) "Compliance and the patient's perspective: controlling symptoms in everyday life", *Culture, Medicine and Psychiatry*, núm. 13, pp. 315-334.
- Kickbush, Y. (1989) "Self care in health promotion", *Social Science and Medicine*, vol. 29, núm. 2, pp. 125-130.
- Kleinman, A. y L. Sung (s/f) "Why do indigenous practitioners successfully heal", *Social Science and Medicine*, pp. 7-26.
- Kleinman, A., L. Eisenberg y B. Good (1978) "Culture, Illness and care: clinical lesson from anthropologic and cross cultural research", *Annals of Internal Medicine*, vol. 88, pp. 251-258.
- Kleinman, A. y J. Kleinman (1991) "Suffering and its professional transformation toward an ethnography of interpersonal experience", *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 15, núm. 3, pp. 275-301.
- Klonoff, E. y H. Landrino (1994) "Culture and gender diversity in common sense beliefs about the causes of six diseases", *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 17, núm. 4, pp. 407-418.
- Kottow, M. H. (1992) "Classical medicine versus alternative medical practices", *Journal of Medical Ethics*, núm. 18, pp. 18-22.
- Kumanyka, S. (1989) "Beliefs about high blood Pressure. Prevention in a survey of blacks and hispanics", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 5, núm. 1, pp. 21-26.
- Manco, A. y N. Loutz (s/f) "Representation et rapports á la santé: une approche comparative des personnes âgées belges et turques", *Santé, Culture, Health*, pp. 41-54.
- Markides, K. S. et al. (1993) "Physicians ratings of health in middle and old ages: a cautionary note", *Journal of Gerontology*, vol. 48, núm. 1, pp. 824-827.
- Migliore, S. (1994) "Gender, emotion and physical distress: the sicilian-canadian "nerves" complex", *Culture, Medicine and Psychiatry*, núm. 18, pp. 271-297.
- Moscovici, S. (1980) "Notes towards a description of social representations", *European Journal of Social Psychology*, vol. 18, núm. 3, pp. 211-230.
- Nilsson, P. et al. (1994) "Can class social differentials in hypertension be explained by the general susceptibility hypothesis", *Social Science and Medicine*, vol. 38, núm. 9, pp. 1235-1242.

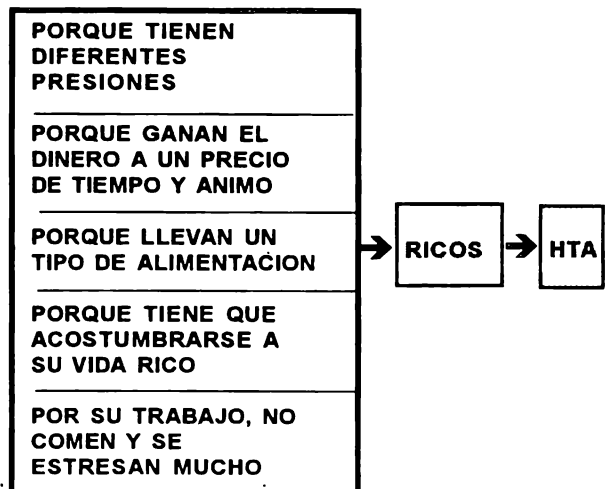
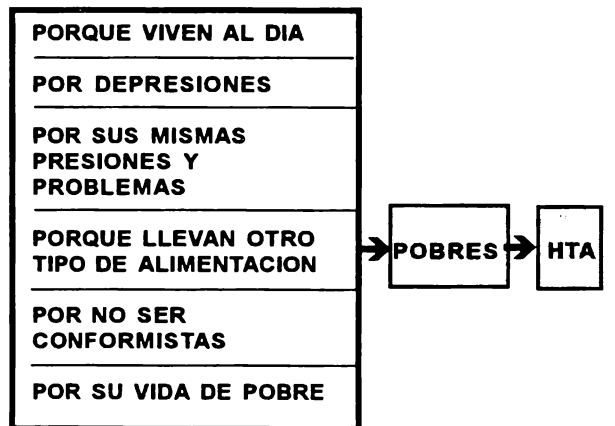
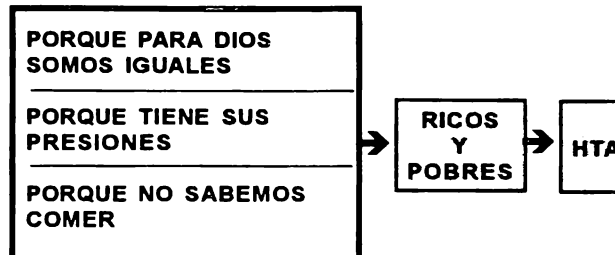
- Nitcher, M. (1994) "Illness semantics and international health: the weak lungs / Tb. complex in the Philippines", *Social Science and Medicine*, vol. 38, núm. 5, pp. 649-663.
- Pedersen, D. (1987) "Estilos de vida", en V. E. Mazzafiro. *Medicina en salud pública*. El Ateneo, pp. 363-371.
- Rosenstock, Y. M. (1974) "The health belief model and preventive health behavior", en M. H. Becker. *The health belief model and personal health behavior. Health education Monographs*, vol. 2, núm. 4.
- Saltonstall, R. (1993) "Healty bodies: social bodies: mens and womans concepts and practices of health in everyday life", *Social Science and Medicine*, vol. 36, núm. 1, pp. 7-14.
- Syme, L. y L. Berkman (1976) "Social class susceptibility and sickness", *American Journal of Epidemiology*, vol. 104, núm. 1, pp. 1-8.
- Vargas, L. A. (1991) "Una mirada antropológica a la enfermedad y el padecer", *Gaceta Médica de México*, vol. 127, núm. 1, pp. 3-6.
- Volinn, I. J. (1989) "Issues of definitions and their implications: AIDS and Leprosy", *Social Science and Medicine*, vol. 29, núm. 10, pp. 1157-1162.
- Warger, W. (1995) "Description, explanation and method in social representation research", *Papers on Social Representations*, vol. 4, núm. 2, pp. 156-176.
- Westbrook, M., Leggo y M. Pennay (1993) "Attitudes towards disabilities in a multicultural society", *Social Science and Medicine*, vol. 36, núm. 5, pp. 615-618.
- WHO Europe (1986) "Life Styles and Health", *Social Science and Medicine*, vol. 22, núm. 2, pp. 117-124.

ELEMENTOS A LOS QUE HACEN REFERENCIA LOS INFORMANTES SOBRE LA APARICION DE LA PRESION ALTA :
DESIGUALDAD SOCIAL

GRUPO DE 15 A 29 AÑOS



GRUPO DE 30 A 49 AÑOS



GRUPO DE 50 Y MAS AÑOS

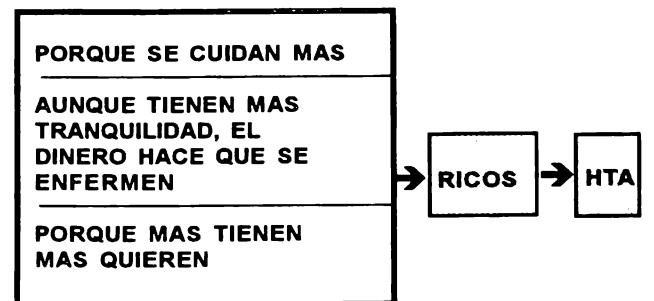
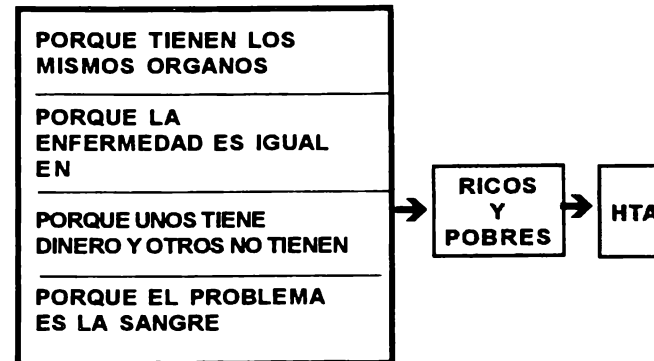
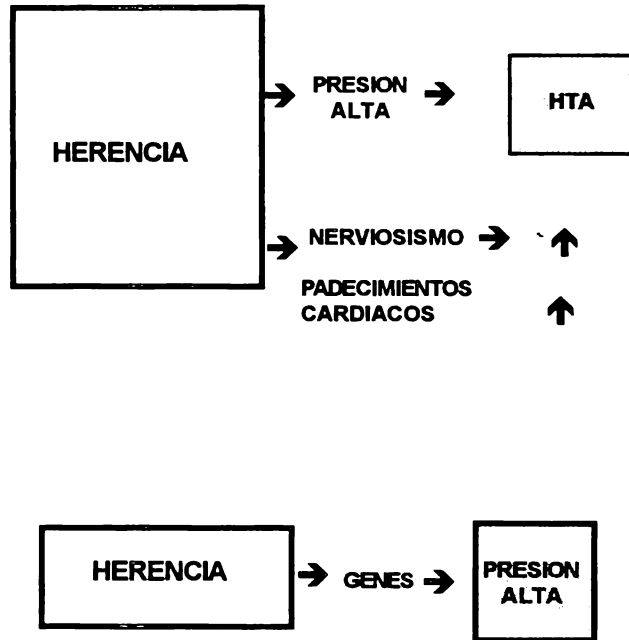


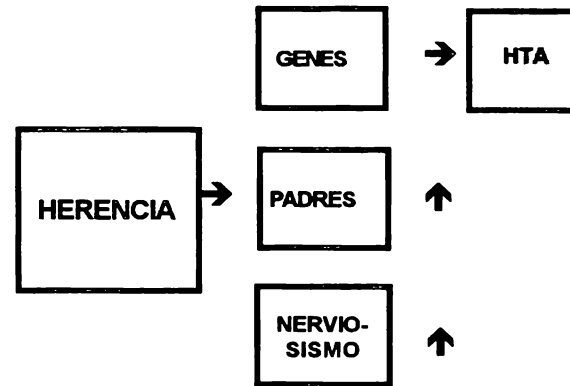
DIAGRAMA 2

ELEMENTOS A LOS QUE HACEN REFERENCIA LOS INFORMANTES SOBRE LA APARICION DE LA PRESION ALTA:
HERENCIA

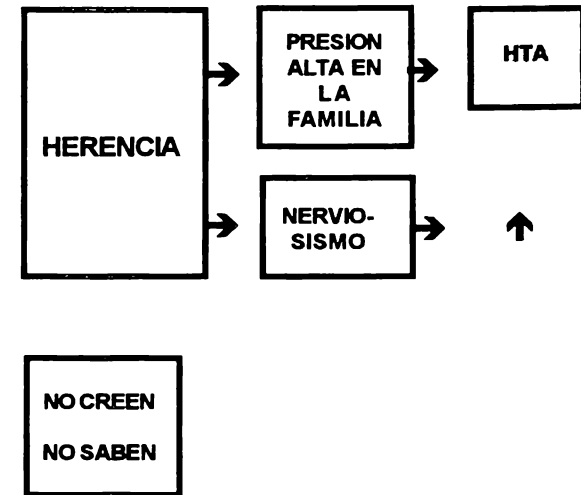
GRUPO DE 15 A 29 AÑOS



GRUPO DE 30 A 49 AÑOS

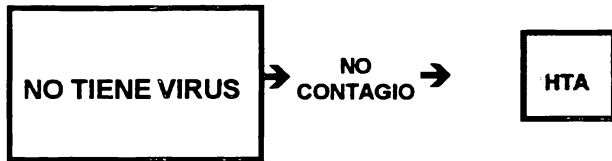


GRUPO DE 50 Y MAS AÑOS

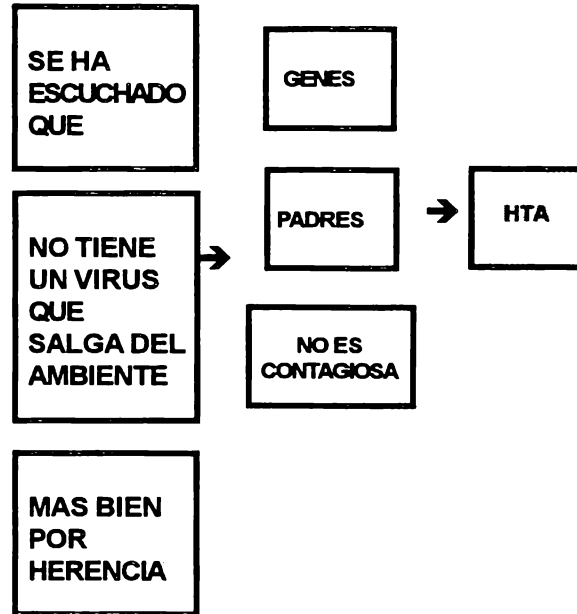


**ELEMENTOS A LOS QUE HACEN REFERENCIA LOS INFORMANTES SOBRE LA APARICION DE LA PRESION ALTA:
CONTAGIOSIDAD**

GRUPO DE 15 A 29 AÑOS



GRUPO DE 30 A 49 AÑOS



GRUPO DE 50 Y MAS AÑOS

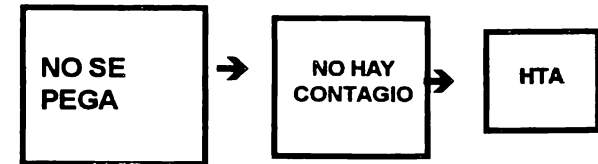
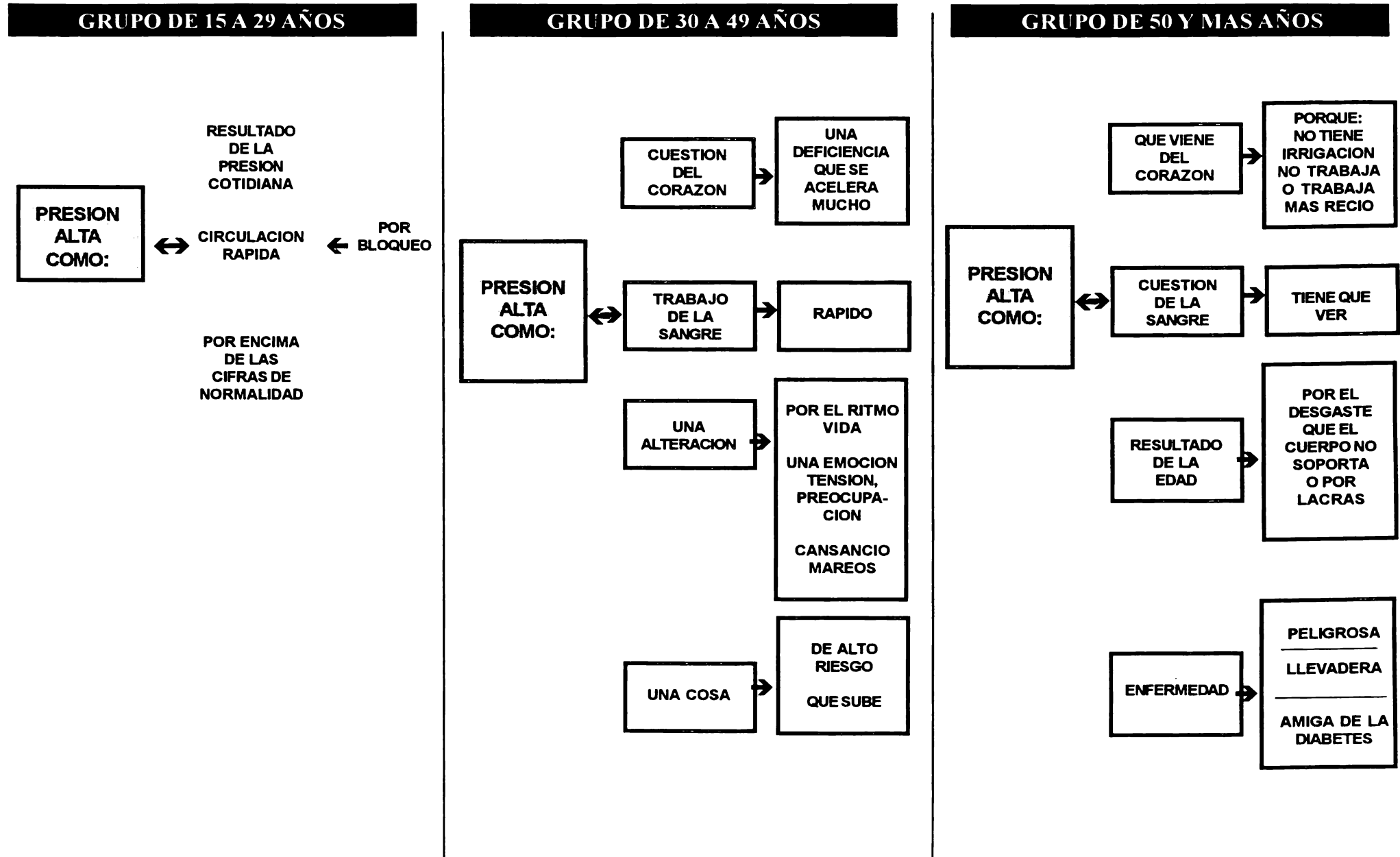


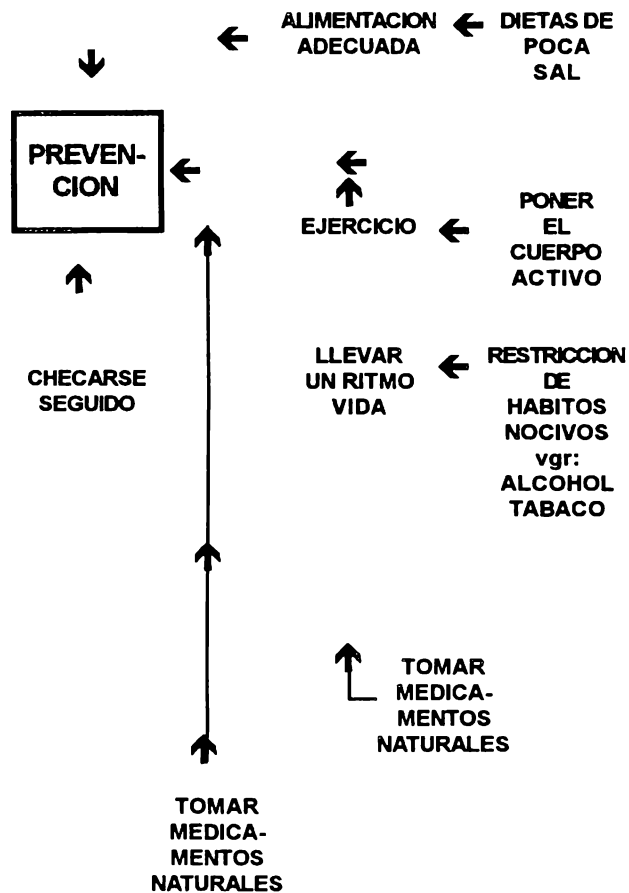
DIAGRAMA 4

ELEMENTOS A LOS QUE HACEN REFERENCIA LOS INFORMANTES SOBRE LA APARICION DE LA PRESION ALTA: DEFINICIONES

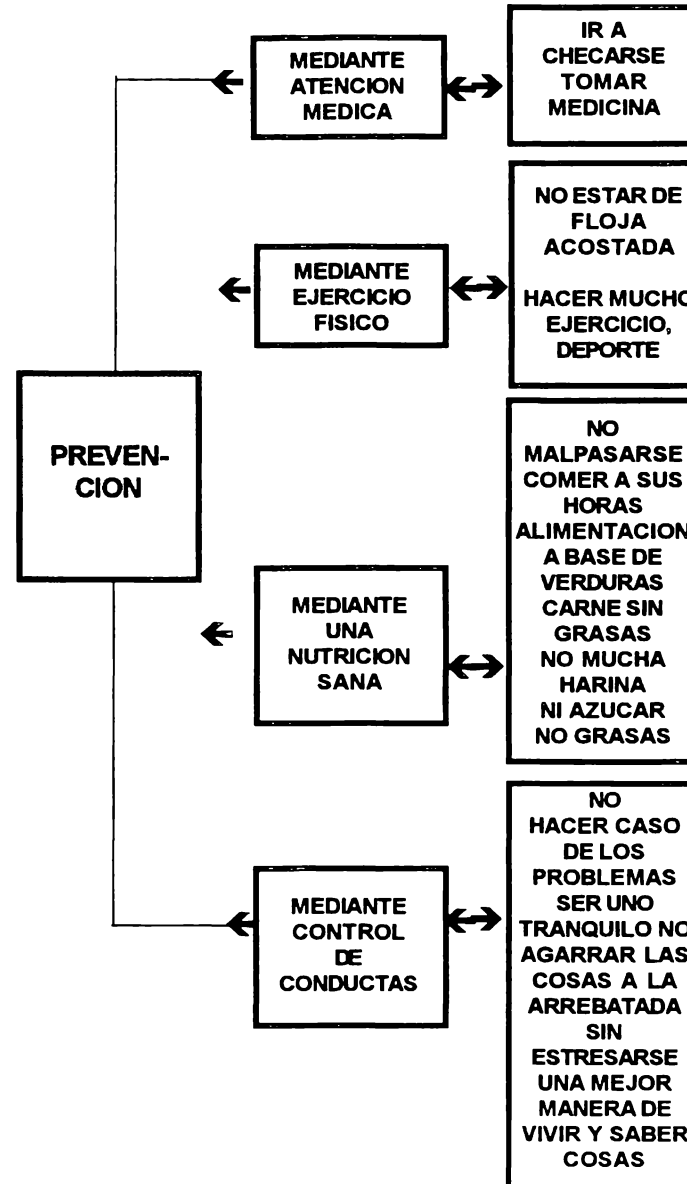


ELEMENTOS A LOS QUE HACEN REFERENCIA LOS INFORMANTES SOBRE LA APARICION DE LA PRESION ALTA:
PREVENCION

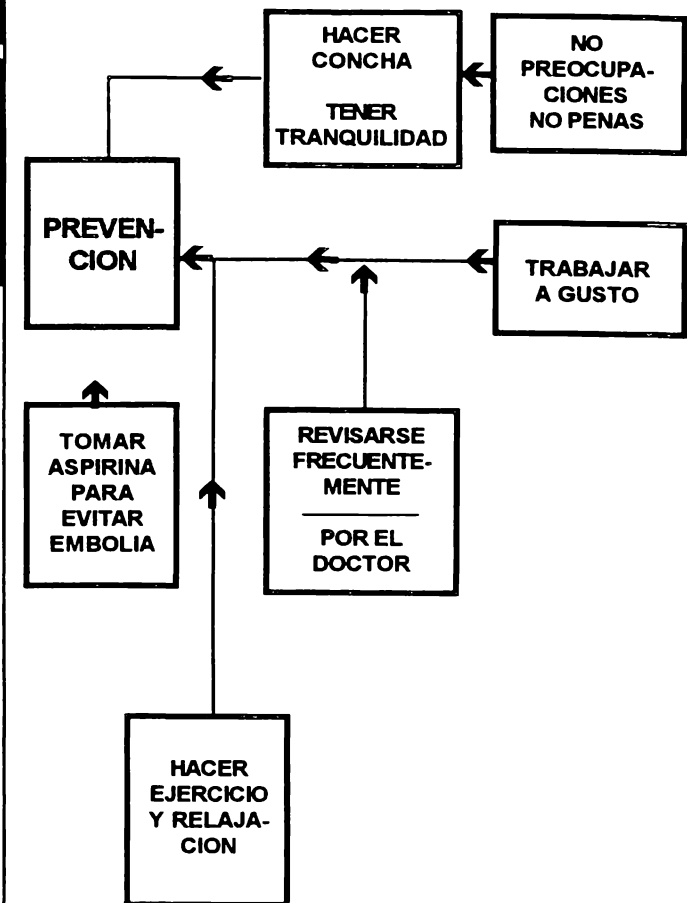
GRUPO DE 15 A 29 AÑOS



GRUPO DE 30 A 49 AÑOS

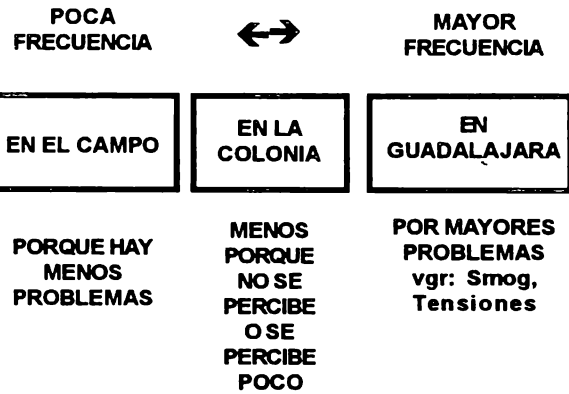


GRUPO DE 50 Y MAS AÑOS



**ELEMENTOS A LOS QUE HACEN REFERENCIA LOS INFORMANTES SOBRE LA APARICION DE LA PRESION ALTA:
FRECUENCIA ESPECIAL DE HTA**

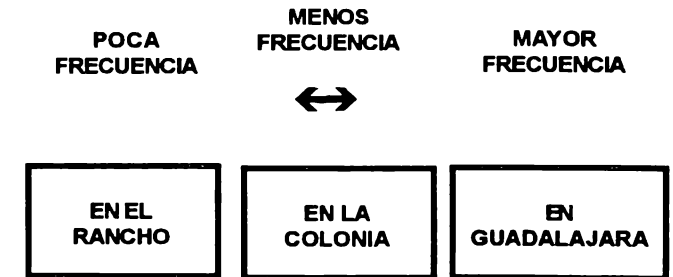
GRUPO DE 15 A 29 AÑOS



GRUPO DE 30 A 49 AÑOS



GRUPO DE 50 Y MAS AÑOS



**ELEMENTOS A LOS QUE HACEN REFERENCIA LOS INFORMANTES SOBRE LA APARICION DE LA PRESION ALTA:
JERARQUIZACION**

GRUPO DE 15 A 29 AÑOS	GRUPO DE 30 A 49 AÑOS	GRUPO DE 50 Y MAS AÑOS
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> MAS * MOLESTONAS* </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> MAS PELIGROSAS </div> </div>	<p align="center">HTA ES PELIGROSA</p> <p align="center">PORQUE AFECTA AL CORAZON</p> <p align="center">Y PUEDE DAR UN PARO UN DERRAME</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> MATAN MAS RAPIDO </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> MATAN DESPACITO </div> </div>
<p align="center">(POR SU CURSO CLINICO) (POR SU CURSO CLINICO)</p>	<p align="center">HTA ES</p> <p align="center">IGUAL DE PELIGROSA</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">CORAZON</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">PRESION ALTA</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">DIABETES</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">LEUCEMIA CANCER</div> </div>
<p align="center">PRESION ALTA DIABETES SIDA CANCER</p>	<p align="center">MENOS TEMOR (MENOS PELIGROSA)</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> TENGO MIEDO A QUE VAYA A AZOTAR </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> LAS DOS PRESIONES (ALTA Y BAJA) SON MALAS </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ES CURABLE ES AMIGA DE LA PRESION ALTA </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> SON ENFERMEDADES MUY TRISTES </div> </div>
<p align="center">HTA</p>	<p align="center">CANCER</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> ME DA MIEDO PORQUE LO PUEDEN ENTERRAR VIVO </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> LES TENGO MIEDO PORQUE YA HAN MUERTO MI PAPA Y MIS HERMANOS </div> </div>

DIAGRAMA 8
ELEMENTOS A LOS QUE HACEN REFERENCIA LOS INFORMANTES SOBRE LA APARICION DE LA PRESION ALTA:
RECOMENDACIONES

GRUPO DE 15 A 29 AÑOS				GRUPO DE 30 A 49 AÑOS			GRUPO DE 50 Y MAS AÑOS				
MAYOR INFORMACION	PRINCIPALES MAYOR COMPRESION	RECOMENDACIONES MEJOR ATENCION	MEJOR ACCION	AUTOCUIDADO	ATENCION MEDICA	INFORMACION	PRINCIPALES RECOMENDACIONES				
	PUBLICIDAD FOLLETOS PLATICAS ORIENTACION	TIEMPO PLATICA MAS CASO (POR EL PERSONAL DE SALUD)	QUE SI ATIENDAN A LA GENTE (EN LOS SERVICIOS DE SALUD)	QUE HAGAN ALGO (LAS INSTITUCIONES DE SALUD)	SABIENDO UNO MAS	QUE HAGAN MAS CASO A LOS PROBLEMAS DE LA GENTE	PARA VIVIR SANO	AUTOATENCION	RED DE APOYO	ATENCIONAL PERSONAL	INFORMACION
	SOBRE DAÑOS A LA SALUD Y PREVENCIÓN	A "NOSOTROS" (LOS JOVENES)	PORQUE NO LO HACEN	PORQUE NO HACEN NADA	SE PUDE CUIDAR UNO MISMO	QUE SI ATIENDAN A LA GENTE (EN LOS SERVICIOS DE SALUD)	SOBRE LA PRESION ALTA	LA ALIMENTACION Y EL EJERCICIO	CUIDARSE UNO MISMO	CON LOS VECINOS	QUE LO ATIENDAN BIEN A UNO	SOBRE LA PRESION ALTA
					QUE SI ATIENDAN A LA GENTE (EN LOS SERVICIOS DE SALUD)	QUE HAGAN MAS CASO A LOS PROBLEMAS DE LA GENTE	ADECUADOS PARA LA EDAD	LE PUEDE DAR UN ATAQUE	SI ALGO SE ME OFRECE	PORQUE POCOS SON LOS DOCTORES QUE LO ATIENDEN BIEN A UNO	
					CHECARLO A UNO	TRABAJO CASA POR CASA					
					PARA NO SUFRIR ESE TIPO DE ENFERMEDADES Y ESTAR MAS TRANQUILO	POR PARTE DEL MEDICO CON PLATICAS DE PREVENCIÓN Y COMO CUIDARSE					
						DE LAS INSTITUCIONES CON VOLANTES RADIO TELEVISION A HORAS OPORTUNAS Y DE MANERA SENCILLA DE ENTENDER					

DIAGRAMA 9

ELEMENTOS A LOS QUE HACEN REFERENCIA LOS INFORMANTES SOBRE LA APARICION DE LA PRESION ALTA:
RELIGION

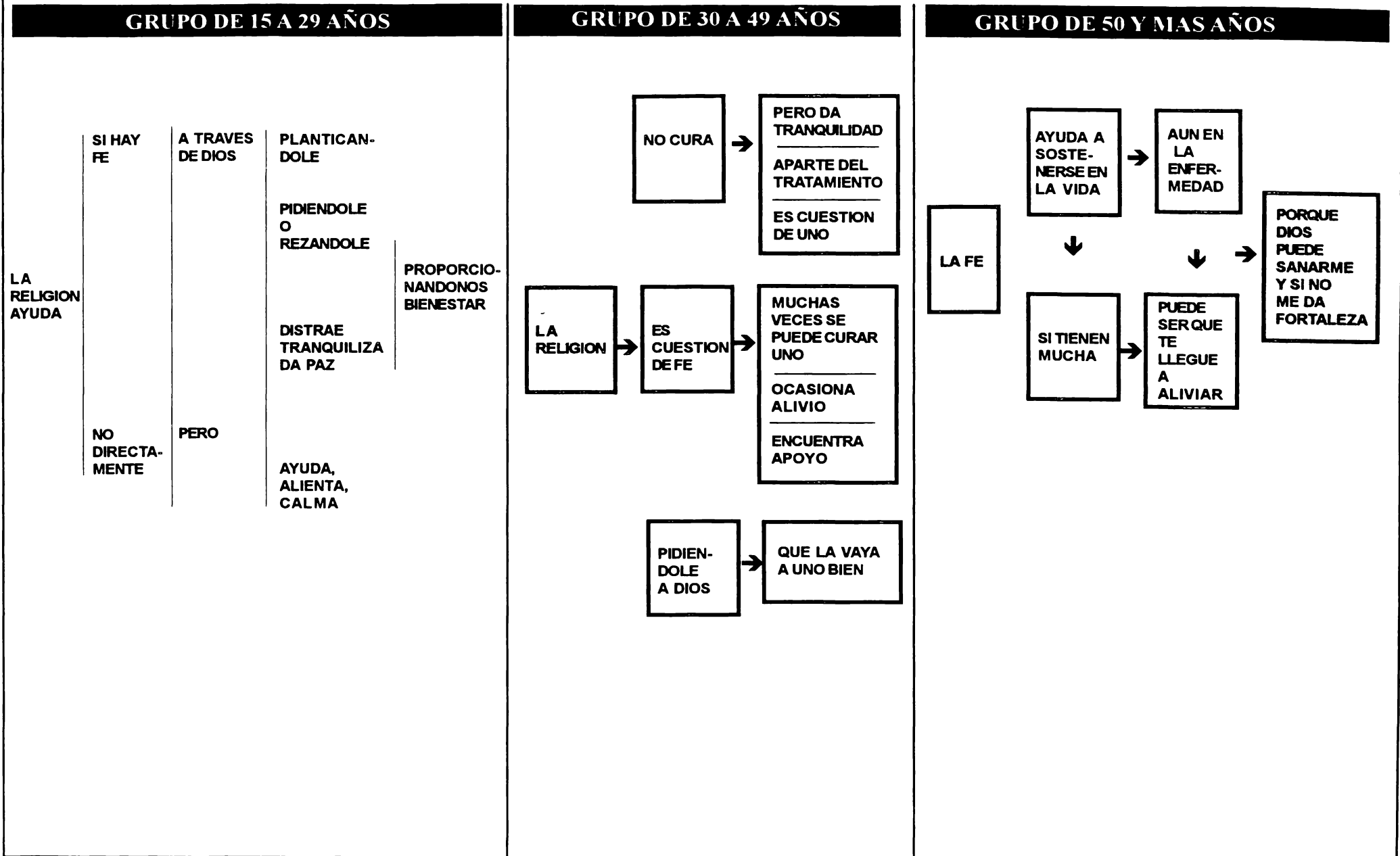
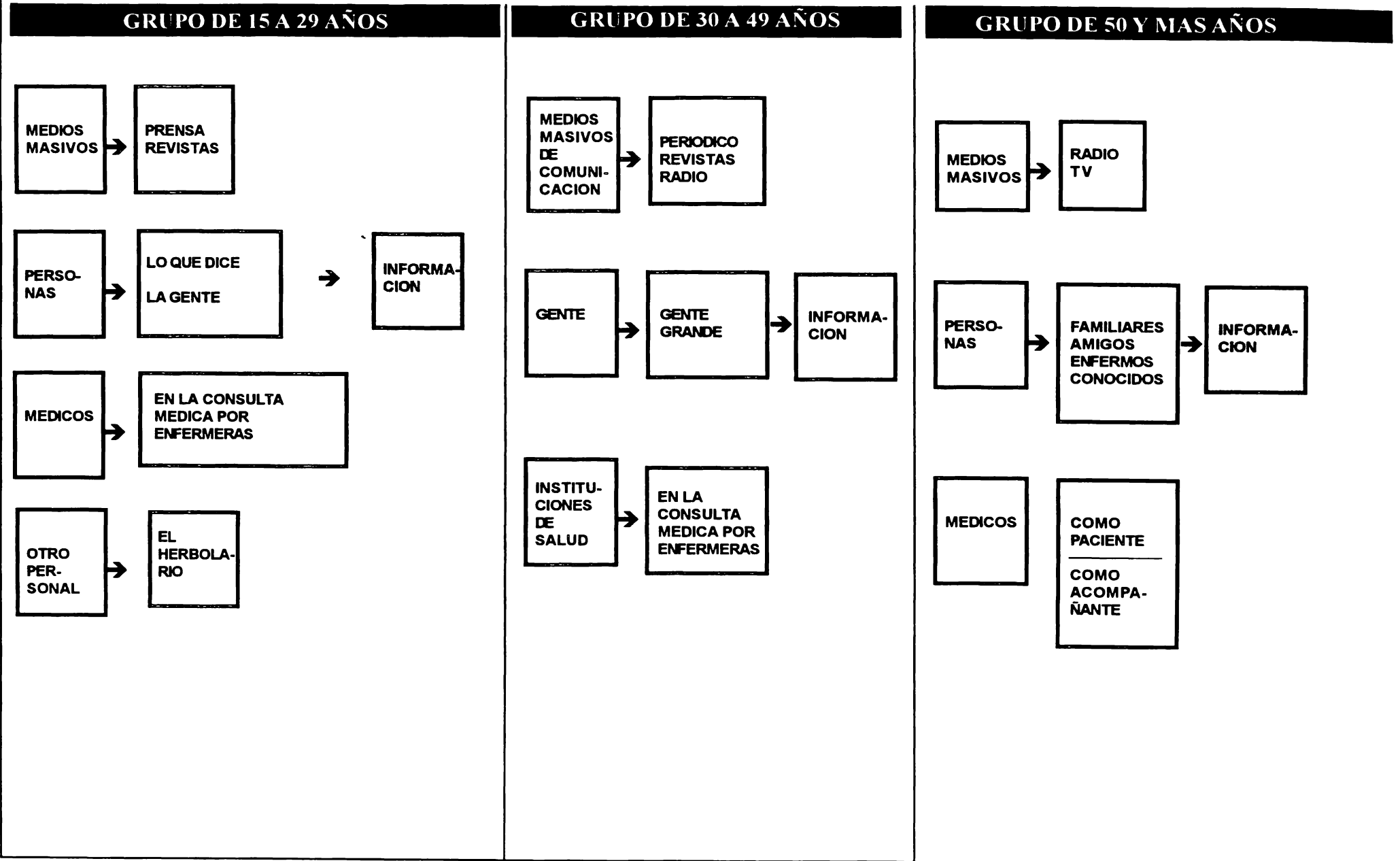


DIAGRAMA 10

ELEMENTOS A LOS QUE HACEN REFERENCIA LOS INFORMANTES SOBRE LA APARICION DE LA PRESION ALTA: INFORMACION



ELEMENTOS A LOS QUE HACEN REFERENCIA LOS INFORMANTES SOBRE LA APARICION DE LA PRESION ALTA:
EDAD

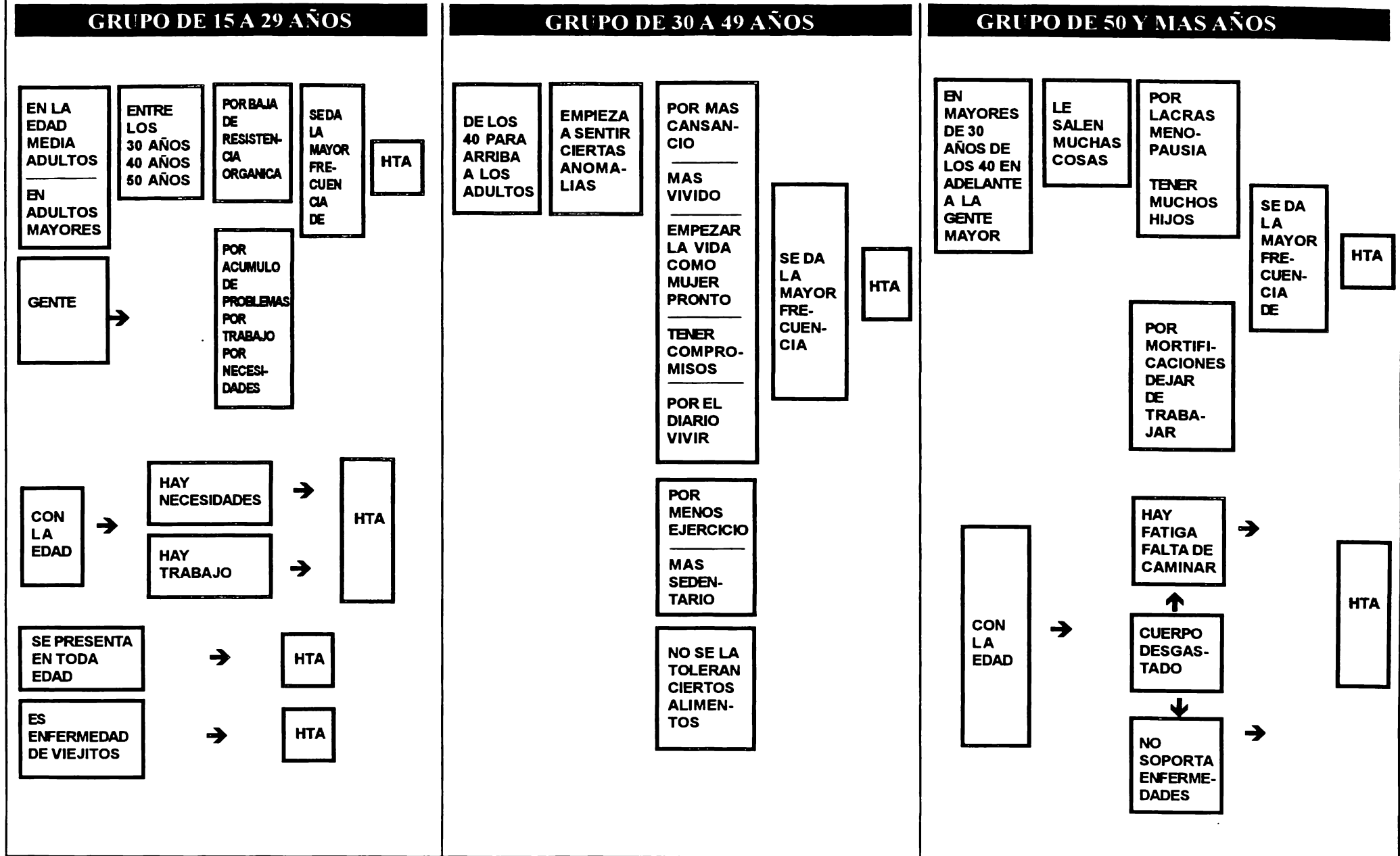
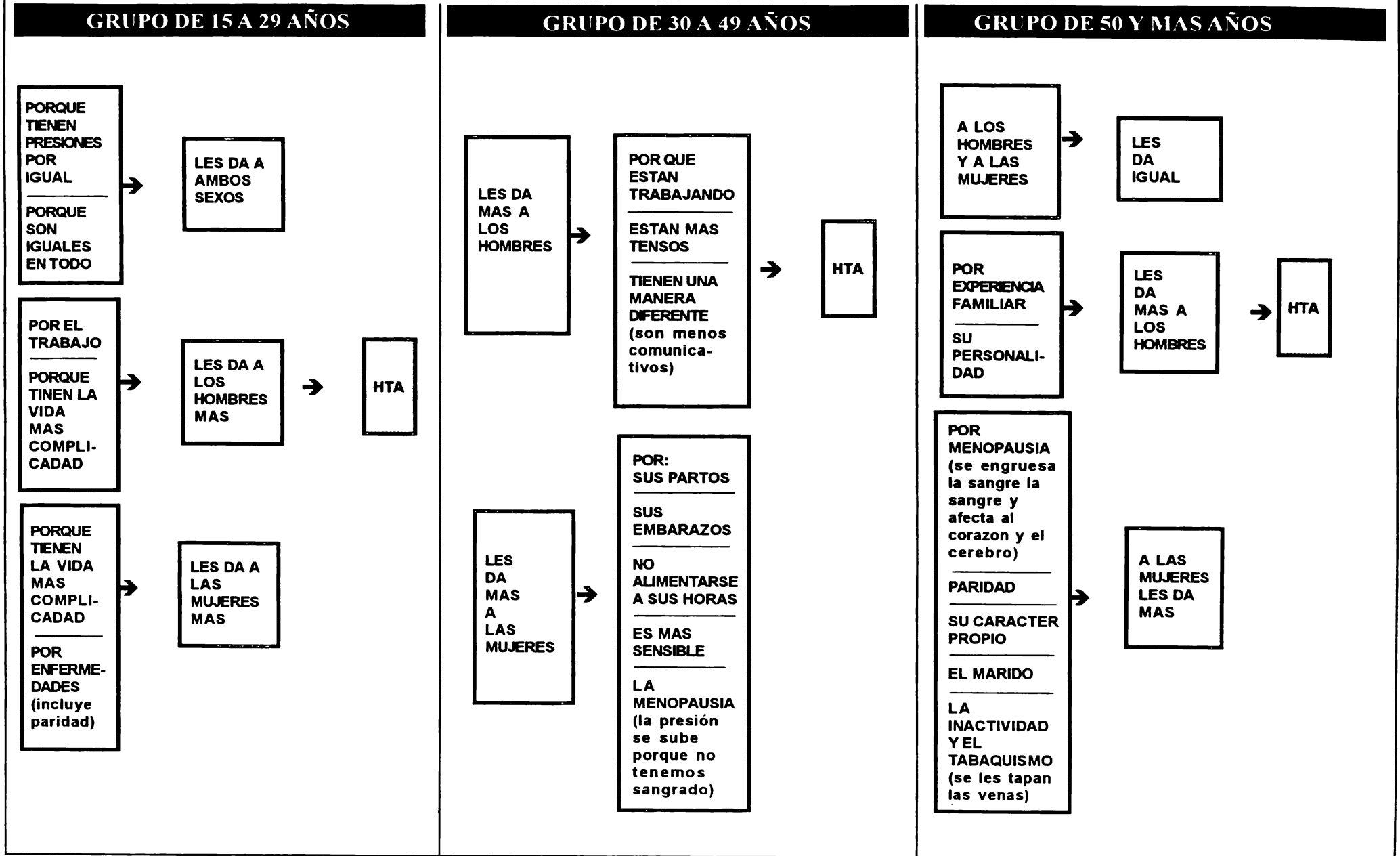


DIAGRAMA 12

ELEMENTOS A LOS QUE HACEN REFERENCIA LOS INFORMANTES SOBRE LA APARICION DE LA PRESION ALTA:
SEXO



ELEMENTOS A LOS QUE HACEN REFERENCIA LOS INFORMANTES SOBRE LA APARICION DE LA PRESION ALTA: CONSTITUCION

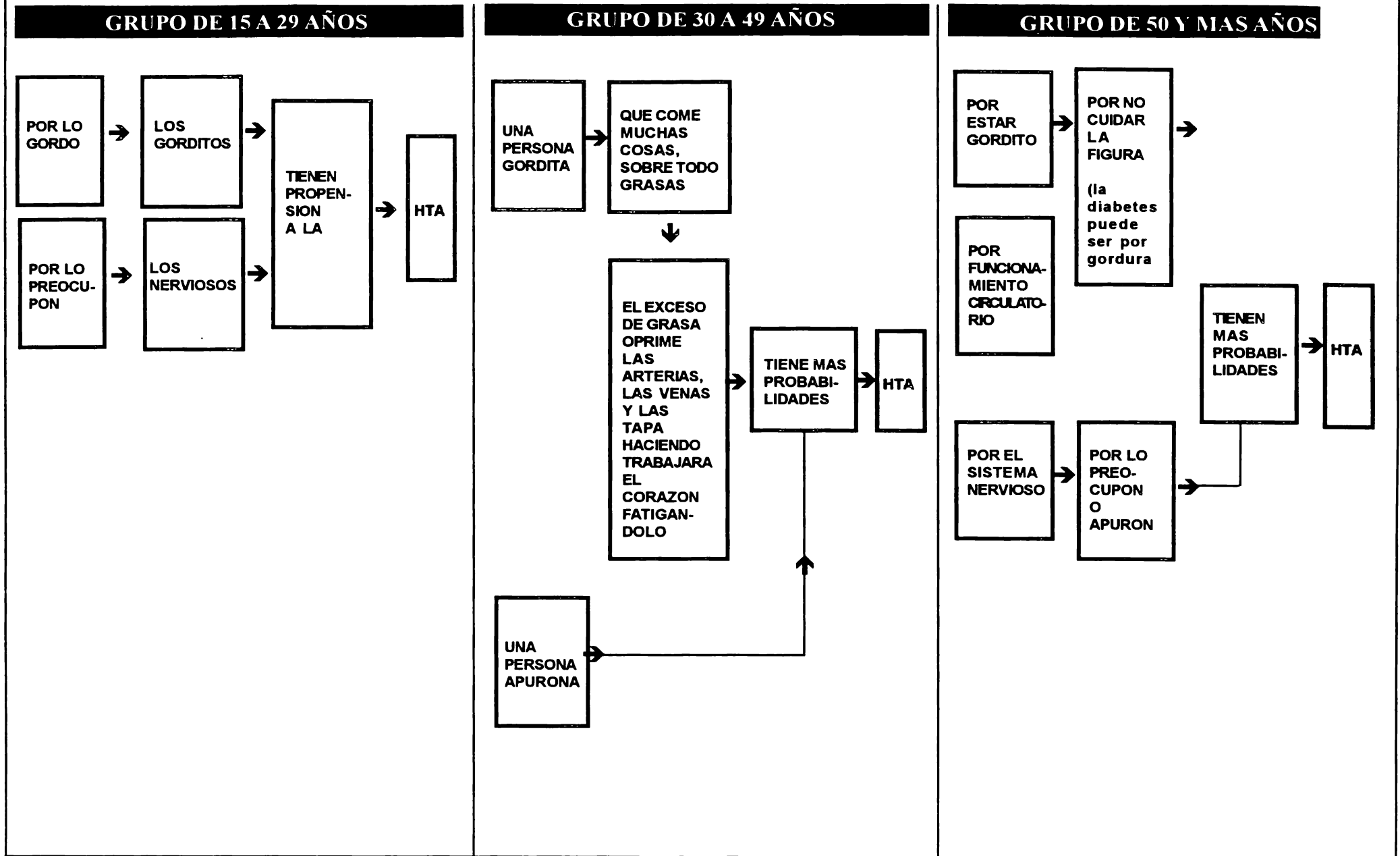
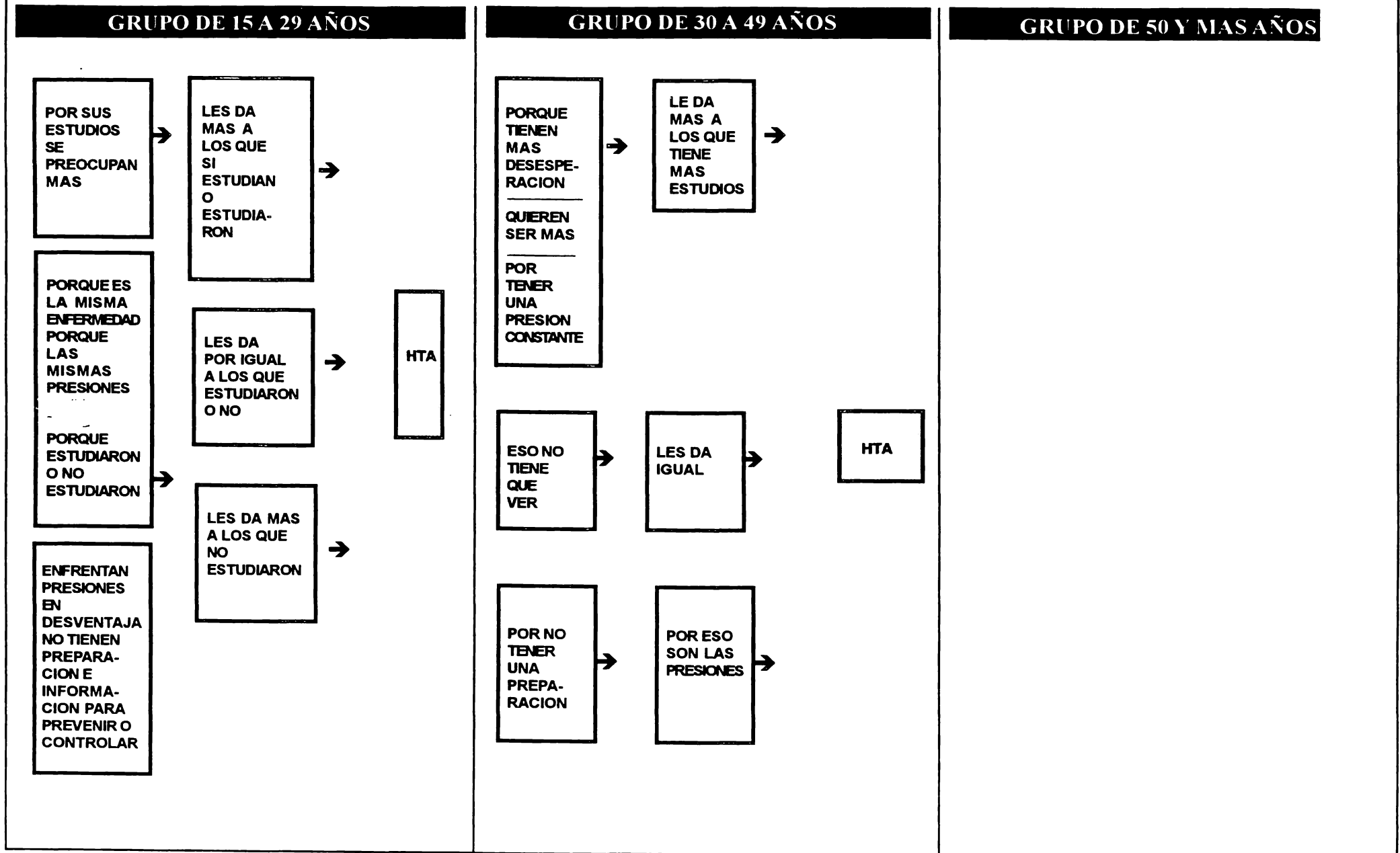


DIAGRAMA 14

ELEMENTOS A LOS QUE HACEN REFERENCIA LOS INFORMANTES SOBRE LA APARICION DE LA PRESION ALTA:
ESTUDIOS



ELEMENTOS A LOS QUE HACEN REFERENCIA LOS INFORMANTES SOBRE LA APARICION DE LA PRESION ALTA:
ALIMENTACION

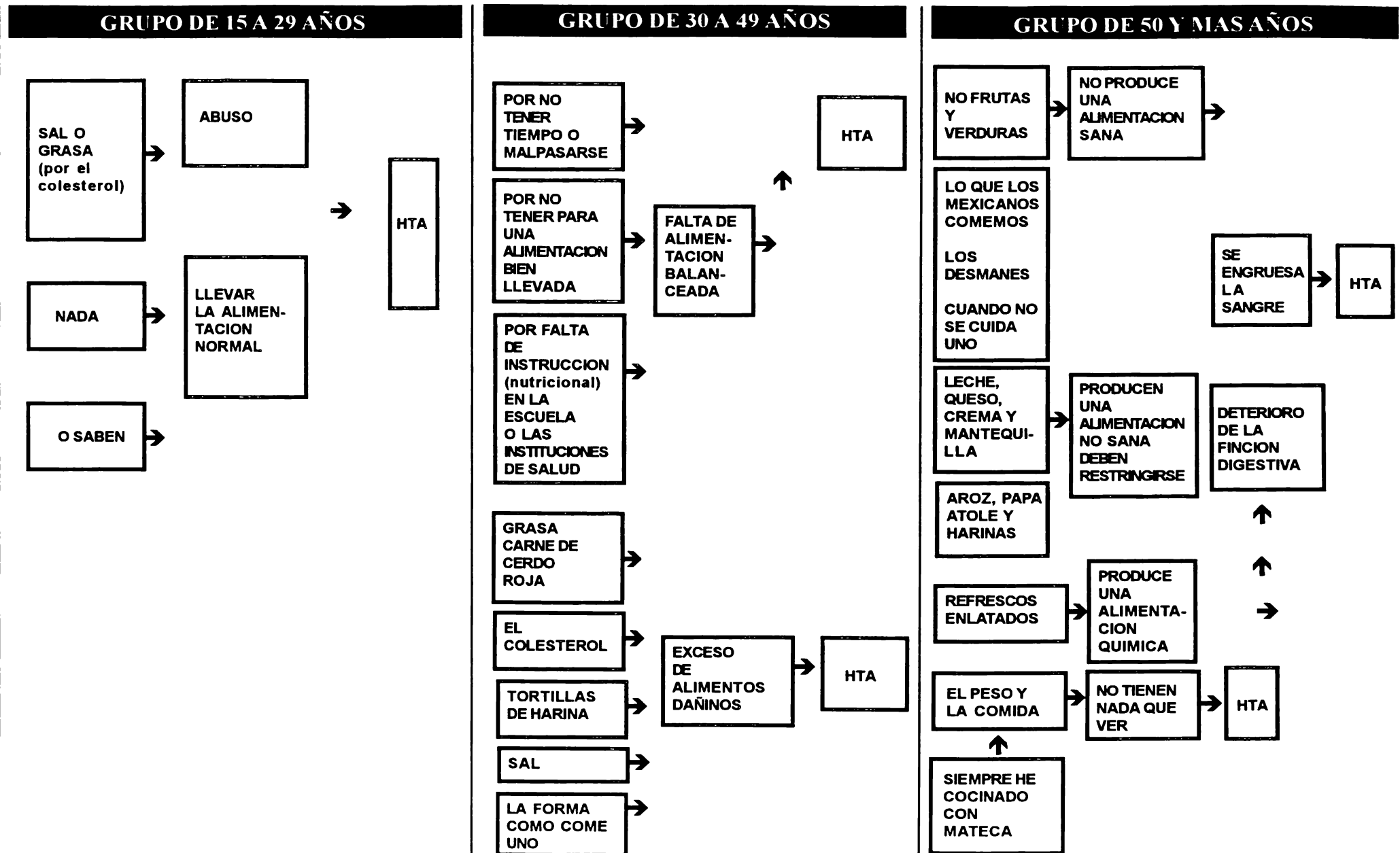
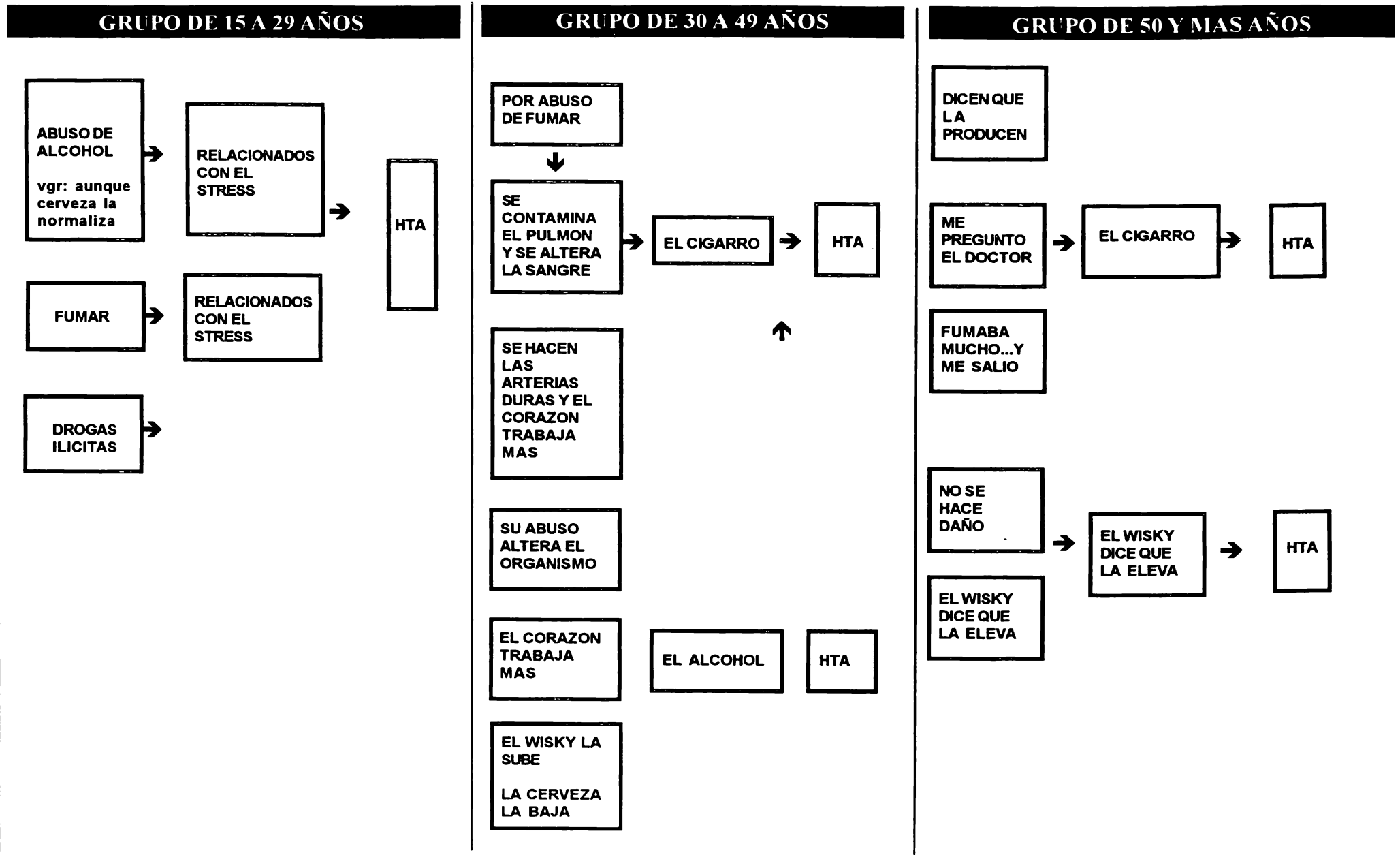


DIAGRAMA 16

ELEMENTOS A LOS QUE HACEN REFERENCIA LOS INFORMANTES SOBRE LA APARICION DE LA PRESION ALTA:
HABITOS

289



ELEMENTOS A LOS QUE HACEN REFERENCIA LOS INFORMANTES SOBRE LA APARICION DE LA PRESION ALTA:
IMAGEN

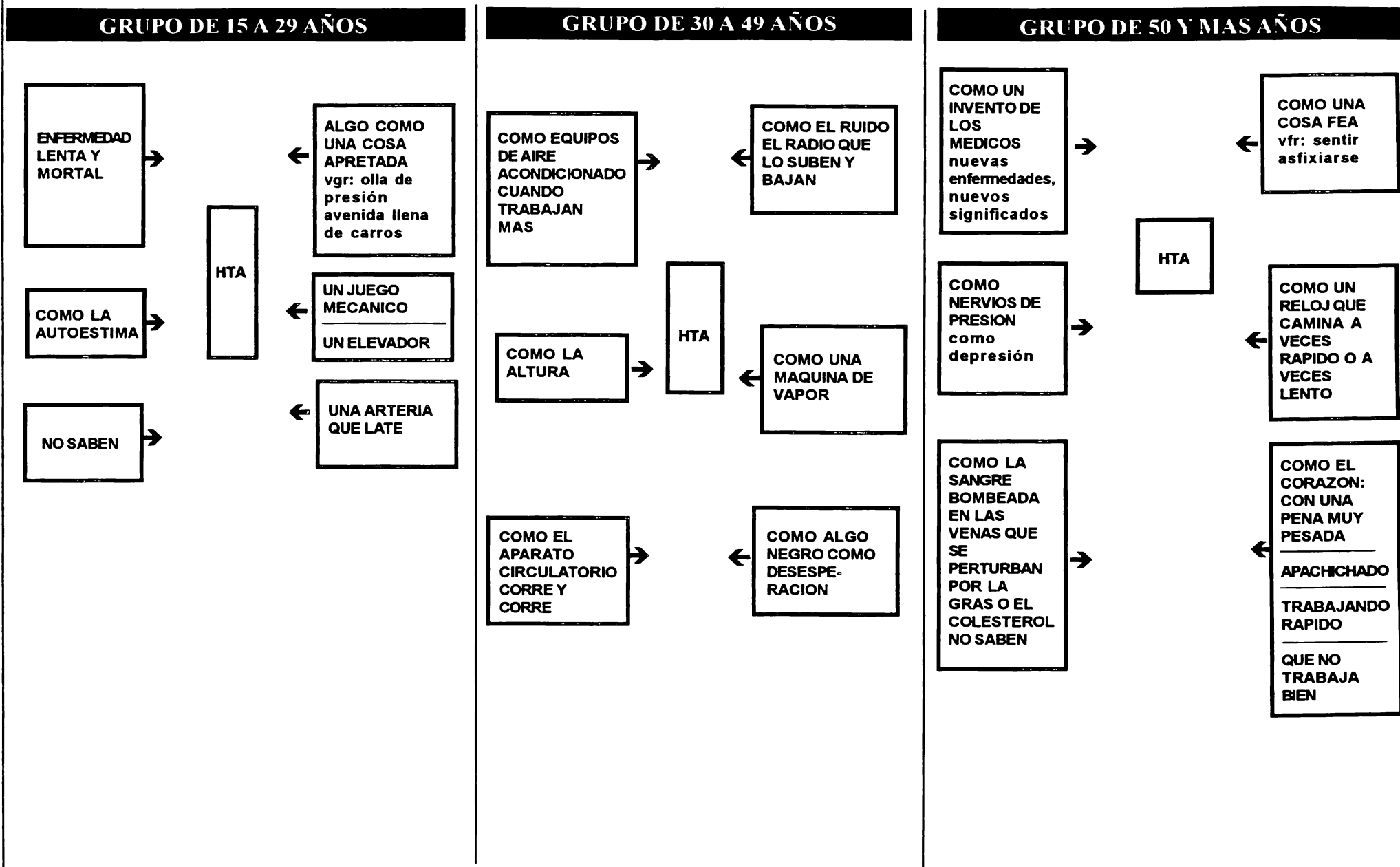
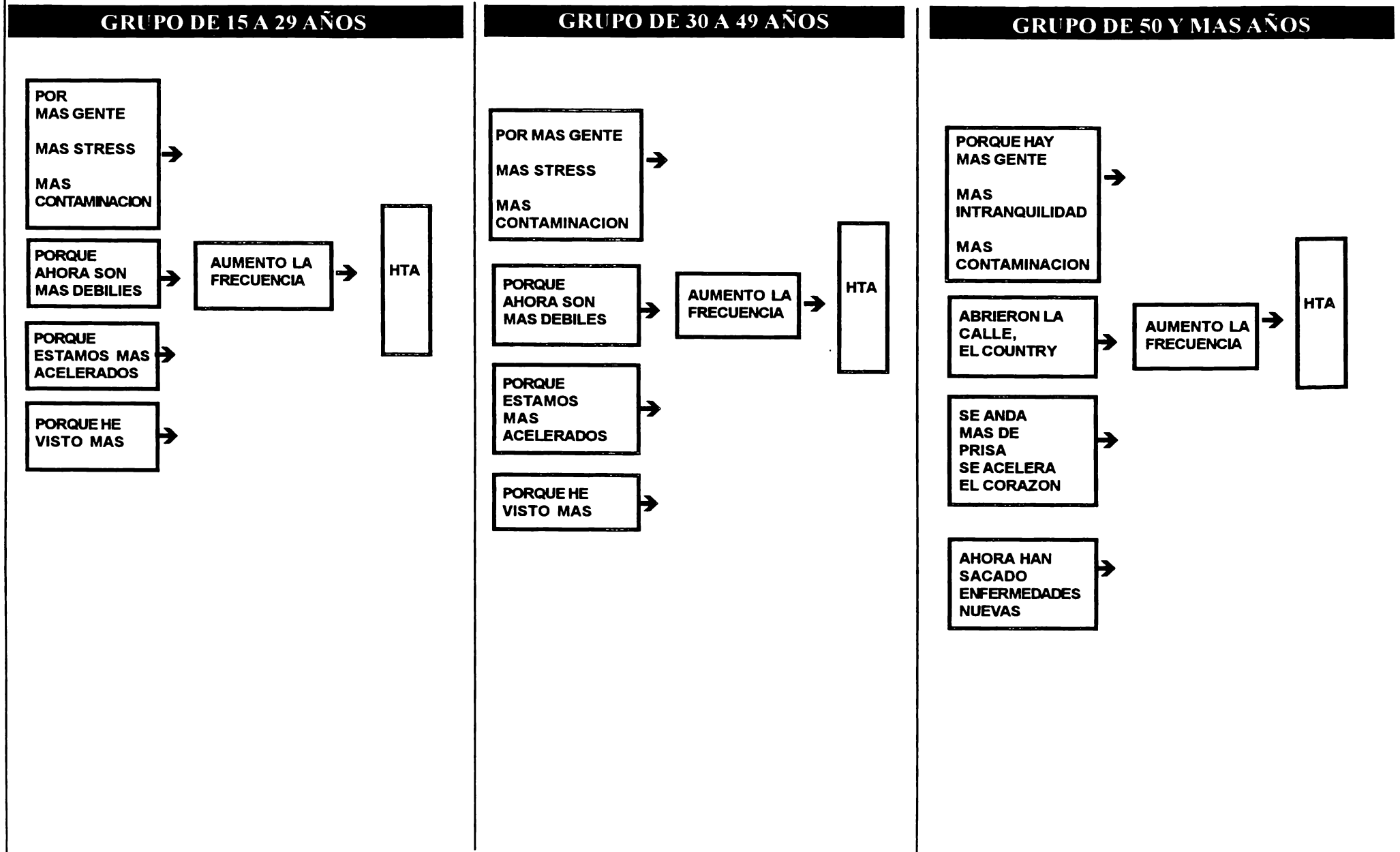


DIAGRAMA 18

ELEMENTOS A LOS QUE HACEN REFERENCIA LOS INFORMANTES SOBRE LA APARICION DE LA PRESION ALTA:
FRECUENCIA

291



ELEMENTOS A LOS QUE HACEN REFERENCIA LOS INFORMANTES SOBRE LA APARICION DE LA PRESION ALTA:
FRECUENCIA

GRUPO DE 15 A 29 AÑOS

GRUPO DE 30 A 49 AÑOS

GRUPO DE 50 Y MAS AÑOS



NO HABIA CONOCIMIENTOS
CONCIENCIA
SE MORIAN DE PARTO DE DOLOR
NO SE SABIA



UNO ESTABA MAS SANO PORQUE COMIA QUESO Y LECHE DE VACA

PARTE II

APLICACION DE LAS TECNICAS DE ANTROPOLOGIA COGNITIVA

5.8. ANTECEDENTES

La investigación efectuada mediante técnicas de antropología cognitiva, en los miembros de los tres grupos de edades diferentes, se realizó y diseñó con el propósito de triangular y complementar algunos de los resultados obtenidos a través de la aproximación etnográfica. Al efecto se trata de explorar diferencias y similitudes en el dominio cultural intergrupar, tomando como modelo el de la historia natural de la enfermedad, de Leavell y Clark, y algunas de las dimensiones del modelo explicativo de la enfermedad, de Kleinman, aplicados al conocimiento popular de la hipertensión arterial, específicamente en cuatro dimensiones: causas, signos y síntomas, tratamiento y complicaciones; se trata de efectuar relaciones entre escalas emic con constructos etic y su replicación intergrupar.

Esta parte de la disertación doctoral representa también un intento de investigar sistemáticamente el efecto que la aplicación de técnicas de antropología cognitiva tiene en la cognición de la enfermedad, ya que si es válido que ciertos dominios culturales permanecen estables a pesar de la manipulación investigativa de dichos elementos, éstos manifiestan en alguna forma representaciones externas, análogas a la organización estructural interna (Shepard, 1975; Henley, 1969).

Al efecto, investigaciones sobre sistemas de parentesco (Rose y Rommey, 1979) han demostrado que distintas maneras de coleccionar datos pueden tener resultados cualitativa y cuantitativamente diferentes; sin embargo, se ha observado que la triangulación de diferentes métodos con resultados convergentes asegura la validez de constructo en una investigación, el cual es el

más abstracto y el que se considera de mayor utilidad (Weller y Rommey, 1988); así, en un grupo homogéneo dos representaciones de algo no son, necesariamente, modelos en competencia, ya que pueden presentar elementos en común desde el punto de vista cultural, aunque pudieran parecer diferentes desde otra lógica; de ahí la importancia de desarrollar procedimientos de antropología cognitiva en otros dominios culturales (Magaña y Norman, 1980); en nuestro caso nos referimos, en general, a la "cognición del proceso salud-enfermedad-atención" y, en particular, a la dimensión enfermedad, que caracterizamos como hipertensión arterial.

Para fines de este capítulo defino esta cognición como el proceso que involucra la adquisición, el almacenamiento y la búsqueda de información sobre la distribución, frecuencia, características y causas de la enfermedad en un lugar, población y tiempo dados.

Nuestra posición coincide con la que señala que el conocimiento científico acumulado es el resultado del esfuerzo continuado de (diferentes tipos de) investigadores sobre un mismo problema, utilizando métodos compartidos (Rommey, 1989), enfoque que ha desarrollado la antropología cognitiva en el estudio de dominios semánticos (Lennenberg y Roberts, 1956; Berlin y Kay, 1969; Goodenough, 1956; Rommey y D'Andrade, 1964).¹

Los términos referentes a la enfermedad ofrecen una buena oportunidad para aplicar este tipo de investigación sistemática, debido a que representan el componente vital de cualquier sociedad, y porque es una categoría que juega un rol importante, tanto en teoría social (*v. gr.* desigualdad, acción) como en teoría biológica (*v. gr.* evolución, clínica).

Desde la antropología cognitiva se han llevado a cabo estudios con hincapié en una sola cultura y generación (Frake, 1961; Kay, 1977; Fábrega, 1970, 1971; Young, 1978; Liebermnan y Dressler, 1977); otros han

¹ Uno de los más notables ejemplos sobre dominio semántico ha sido el estudio de los términos sobre el color y el parentesco.

enfocado su estudio a las variaciones interculturales (D'Andrade, 1972; Weller, 1984).

En los intentos por describir una cultura tradicionalmente se pone mayor atención en describir los patrones típicos, y poca en la variabilidad de creencias y valores, fruto de sus representaciones sociales (cantidad y calidad de información, tipos de actitud y aterrizaje de los significados de la representación); por eso es difícil hablar de patrones típicos, sobre todo cuando la variabilidad es importante (Pelto y Pelto, 1975; Foster, 1979).

5.9. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA COLECCIÓN DE LOS DATOS

La selección de items, para efectuar esta triangulación, se realizó a partir de la aplicación de listas libres, con objeto de ganar en percepción al definir y limitar el dominio cultural y semántico de la enfermedad (Weller y Rommey, 1988), ya que este método refleja la manera como la información es estructurada por el individuo (Bousfield, 1953).

La elaboración de las listas libres se inició con un pilotaje para determinar las preguntas que mejor funcionaban en la comunidad y así obtener una relación amplia de items sobre las dimensiones estudiadas; en general, fue útil la pregunta acerca de las causas de la presión arterial alta; cabe mencionar que siempre se insistió una vez más en la pregunta, hasta obtener una lista exhaustiva de items en cada entrevistado.

Las listas libres no se elaboraron sólo sobre las causas, también sobre los signos y síntomas, el tratamiento y las complicaciones; se utilizó como población informante el grupo de cincuenta y más años, bajo los supuestos de que las representaciones sociales de la enfermedad presentan un fundamento popular con raíces en conocimientos pasados (Boltansky, 1977), y porque la mayor experiencia de sus miembros es una base aceptable en el estudio del consenso en el dominio cultural sobre la hipertensión arterial en los otros dos grupos; las

listas incluyeron, sin modificar, los items que tuvieron dos o más referencias, en el total de mencionados por los entrevistados. De esta manera, quedaron seleccionados:

a) Como causas, trece items: sustos, alegrías, edad, mortificaciones, penas, nervios, corajes, obesidad, tensiones, enojos, alimentación, contaminación y fumar.

b) Como signos y síntomas, once: mareos, debilidad, desvanecimientos, calor, borracheras, zumbido de oídos, palpitaciones, ahogamiento, desesperación y tristeza.

c) Como tratamiento, trece: coca cola, níspero, alpiste, mandarina, chaya, ejercicio, alimentación, zapote blanco, reposo, árnica, dieta, digital y captopril.

d) Como complicaciones, seis: azotar, infarto, embolia, muerte, derrames en los ojos y hemorragia.

Estos items fueron utilizados para aplicar las técnicas de sorteo de montones y rangos bajo los siguientes supuestos de entrada: si bien las representaciones sociales de la causalidad de la enfermedad se expresan principalmente en un sentido unidimensional (Jodelet, 1988), los dominios semánticos, cualquiera que sea su objeto, son multidimensionales (Magaña, Burton y Ferreira, 1995); de ahí la necesidad de incluir otra dimensión básica como el tiempo, a manera de grupos generacionales, para discriminar la validez de la dimensión causalidad. Además, consideramos que:

a) Existe un *continuum* con diverso grado de desarrollo en el dominio cultural de los conceptos estudiados, donde juegan un papel importante la experiencia personal de sus miembros, el consenso grupal y su modo de vida.

b) Las diferencias en el dominio cultural de los conceptos explorados se manifiestan sobre todo en las generaciones no contiguas.

c) Las similitudes en el dominio cultural de los conceptos se evidencian mayormente en las generaciones contiguas.

Debe considerarse que los grupos comparten (aunque en diversa medida) los mismos aspectos socioeconómicos y culturales durante el período de estudio.

El sorteo de montones se efectuó en su versión no forzada (Weller y Rommey, 1988) mediante la presentación, para cada dimensión, de tarjetas bristol blancas de 3x5 pulgadas, con los nombres de los items, en letra *script* de color negro (ver anexo 1), para que cada entrevistado, previo barajeo del investigador, acomodara las tarjetas en los montones que considerara pertinentes; una vez terminada la prueba, se anotaban los items seleccionados según montones, y se le preguntaba al entrevistado la lógica del acomodo de cada montón para anotarlo en una hoja de encuesta que identificaba al entrevistado (ver anexo 2).

La prueba de rangos se efectuó en un segundo momento, y se utilizaron hojas de papel bond blanco tamaño carta (ver anexo); para cada dimensión estudiada se ubicaron los items en cada cuestionario (al azar por el programa Anthropac), de tal manera que los informantes anotaban el orden que consideraban correspondía a cada uno de los items de acuerdo con las siguientes peticiones:

- Para las causas: anote para la causa más externa el número uno y así sucesivamente hasta la que considere más interna a usted.
- Para los signos y síntomas: anote el número uno para el síntoma que considere más importante para la presión arterial alta y así sucesivamente hasta el que considere menos importante.
- Para el tratamiento: anote el número uno para el tratamiento que piense que es más importante para la presión alta y así sucesivamente hasta el menos importante.
- Para las complicaciones: anote el número uno para la complicación más grave y así sucesivamente hasta la que crea menos grave en la presión alta.

Todas las pruebas fueron realizadas en el domicilio de cada entrevistado, en condiciones de relativa privacidad y silencio, en virtud del reducido espacio que caracteriza a las casas de la colonia.

5.10. RESULTADO DEL SORTEO DE MONTONES

Grupo de 15 a 29 años

Causas

Correlaciones entre cada persona y matriz agregada del grupo

Nombre	Edad	Correlación
Ivonne	26	0.783
Fernando	25	0.783
Alberto	29	0.658
Mayra	20	0.614
Sandra	21	0.555
Rubén	27	0.554
Rosalba	19	0.496
Fabián	15	0.468
Arcelia	21	0.467
Omar	18	0.356
Raúl	17	0.239

El rango de las correlaciones oscila entre 0.783 y 0.239 (amplitud de 0.544). Con objeto de averiguar si existía asociación entre la edad y el valor de la correlación personal con la matriz agregada, se realizó una prueba de correlación de Spearman, de la cual se obtuvo un valor de $r = 0.640$ y de r^2 de 0.409, que sugiere la asociación positiva de la edad con los valores de la matriz agregada de proximidades; en otras palabras, aunque el grupo presenta una variabilidad amplia en el dominio cultural sobre causas de hipertensión arterial, éste sugiere una ligera tendencia a estar ligado a la edad de los informantes, en términos de la matriz agregada del grupo estudiado a modo de una subcultura.

Consenso²

Respecto al consenso grupal encontramos una pseudoconfiabilidad ³ = 0.871.

De acuerdo con la teoría respectiva, para determinar el consenso alrededor de un solo factor y tratar de encontrar su dimensionalidad, y después objetivarla visualmente en una gráfica a escala, se dividen los "eigenvalues" para un factor (4.704) sobre el de dos factores (1.268), lo cual nos da una razón (de 3.710), que al ser (igual o) superior a tres puntos, nos permite considerar que existe consenso en torno a un solo factor en el grupo estudiado (Borgatti, 1992).

Factor	Valor	Porcentaje	Acumulativo	Razón
1	4.704	71.2	71.2	3.710
2	1.268	19.2	90.3	1.985
3	0.639	9.7	100.0	-----
Total	6.611	100.0		

² El análisis de consenso se refiere tanto a una teoría como a un método; como teoría especifica las condiciones bajo las cuales existe mayor acuerdo entre los individuos que contestan algo y que indica mayor conocimiento de su parte; como método provee la vía para descubrir las contestaciones culturalmente acertadas según ciertos tipos de variabilidad intracultural.

No debe confundirse la teoría del consenso con la de la confiabilidad, ya que esta última trabaja con universos de items, de los cuales se obtienen muestras representativas para ser contrastadas con una clave de respuestas verdaderas y falsas y que demuestran en última instancia la habilidad de los individuos para contestar sobre algo, es decir, se trabaja con instrumentos y respuestas étic, por lo cual se puede medir la confiabilidad mediante coeficientes como el Chronbach Alpha o la fórmula de Spearman Brown.

En cambio, en la teoría del consenso se trabaja con universos de informantes, los cuales nos proveen o no de cierta información, por lo que las respuestas no pueden ser ciertas o falsas, sino se responde o no a la cuestión, en términos de un dominio que puede o no compartir con el universo de informantes, lo cual hace que las respuestas sean o no culturalmente correctas, debido a que existen grados de correlación importantes, v. gr. iguales o superiores a $r = 0.500$; el alto grado de acuerdo sobre un dominio o tema hace que las muestras no sean grandes (Weller y Rommey, 1988).

Por ejemplo: con un grado de acuerdo de 0.25, y para una validez de 0.80%, 0.90 y 0.95%, necesitaríamos: 5, 13 y 28 informantes; para un grado de acuerdo de 0.36, 3, 8 y 17, y para uno de 0.49, 2, 4 y 10.

Las suposiciones básicas para realizar un análisis de consenso son:

- Una cultura: se considera que la realidad cultural es similar para los informantes.
- Independencia en la respuesta: no se le puede coaccionar de manera alguna.
- Un dominio a la vez: no se pueden mezclar preguntas de diferentes temas (Borgatti, 1992).

³ Se le denomina así para diferenciar este valor del que se desprende la teoría de la confiabilidad tradicional, donde juega un papel importante la representatividad, por vía deductiva; pero en este caso nos estamos refiriendo a la consistencia del grupo, en cuanto acuerdo o consenso, ya que el etnógrafo no conoce la respuesta correcta, entonces debe estimarlas en términos del consenso, vía inductiva.

Este resultado nos habla de que, en este grupo, existe la posibilidad de un consenso alrededor de un solo factor como causa de hipertensión arterial, lo cual nos obliga a buscar la dimensionalidad de este factor en términos de oposiciones.

Conocimiento estimado para cada informante y grupo

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Conocimiento</u>
Sandra	21	0.77
Arcelia	21	0.76
Fabián	15	0.76
Rubén	27	0.73
Ivonne	26	0.71
Alberto	29	0.71
Fernando	25	0.71
Mayra	20	0.69
Rosalba	19	0.57
Omar	18	0.31
Raúl	17	0.07
Promedio		0.618
Desv. std.		0.214

El rango estimado de conocimiento varía de 0.77 a 0.07 (amplitud de 0.70), con un promedio de acuerdo o consenso de 0.618, lo cual indica, por una parte, que la muestra de informantes es suficiente, con un nivel de confianza mayor de 0.95% , en relación con las respuestas de este grupo sobre las causas de la hipertensión arterial y, por otra, que el grupo presenta un nivel de consenso donde se domina en conjunto más de la mitad de los items presentados como causas de hipertensión.

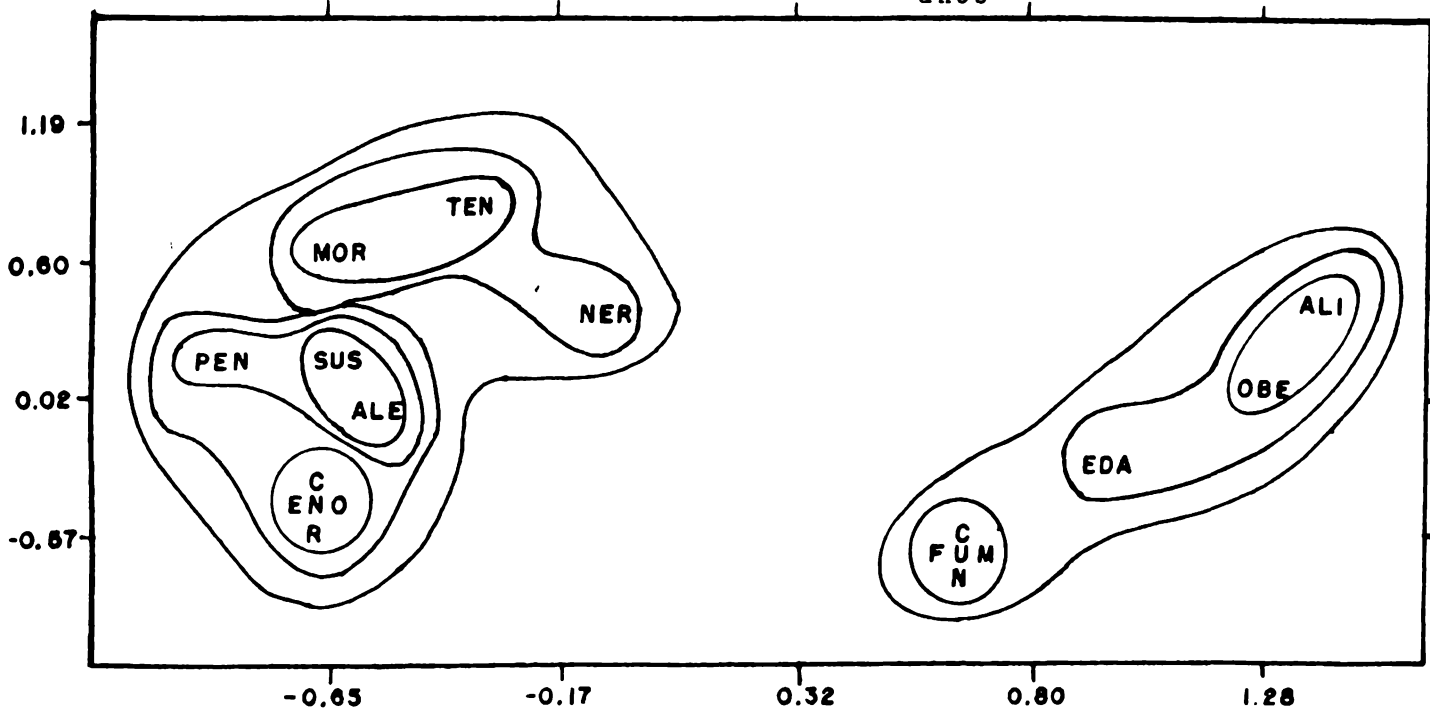
Cabe señalar que la correlación de Spearman entre edad de cada informante y valor de conocimiento obtenido no presenta una asociación de importancia $r = 0.313$.

**Jerarquización de Agregados de Johnson de las CAUSAS
para el grupo de 15 a 29 años.**

N M T S A P C E E O A C F
E O E U L E O N D B L O U
R R N S E N R O A E I N M

		1	1	1
Nivel	6	4	9	1
	2	5	7	0
	3	8	1	2
	3			
1.0000	. . . . .	XXX	. . .	XXX
0.7273	. XXX . . .	XXX	. XXX	XXX
0.6364	. XXX XXX .	XXX	. XXX	XXX
0.6061	XXXXX XXX .	XXX	. XXX	XXX
0.5758	XXXXX XXXXX	XXX	. XXX	XXX
0.5576	XXXXX XXXXXXXXXX	. XXX	XXX	XXX
0.5152	XXXXX XXXXXXXXXX	XXXXXX	XXX	
0.3068	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	XXX	
0.2500	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		
0.1303	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX		

Representación Multidimensional para las
Causas del grupo de 15 a 29
años



De acuerdo con los resultados obtenidos en el análisis de consenso -- donde se encontró significancia en torno a un solo factor en el tipo de agrupamiento jerárquico de Johnson--, en el perfil de los conceptos consensados de causa, agrupados por similitudes, a manera de un corte estratificado tipo "perfil de una rebanada de pastel", destacan dos "picos" (contaminación-fumar) como los más relevantes (corajes-enojos en segundo término); estas agrupaciones se pueden observar (desde arriba) que en el diagrama a escala multidimensional, como dos núcleos en oposición, que corresponden, por un lado, a diferentes tipos de emociones o experiencias y, por otro, a situaciones ambientales y personales. Al efecto se puede ver que el primer grupo está nucleado por corajes y enojos, mortificaciones y tensiones, y sustos y alegrías; en el segundo por la contaminación y fumar, y por la obesidad y la alimentación; obsérvese que no hay un núcleo central en la gráfica multidimensional.

El estrés⁴ requerido para obtener el escalamiento multidimensional del consenso grupal sólo necesitó un valor de 0.044 para expresarlo en dos dimensiones.

Grupo de 30 a 49 años

Causas

Correlaciones entre cada persona y la matriz agregada del grupo

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Correlación</u>
Ana	30	0.690
M. Gpe.	49	0.681
José	41	0.622
Raúl	49	0.621
Hugo	37	0.595
Yolanda	36	0.551
Isabel	42	0.528
Teresa	46	0.520
Leticia	44	0.496
Guadalupe	43	0.482

⁴ Ver nota siguiente sobre estrés.

Vicente 37 0.230

El rango de conocimiento estimado varía de 0.690 a 0.230 (amplitud de 0.460). La correlación de Spearman entre edad y valores obtenidos, es muy baja: $r = 0.08$.

Consenso

Se encontró una pseudoconfiabilidad = 0.905. Los valores para determinar el consenso alrededor de un solo factor presentan una razón superior a tres:

<u>Factor</u>	<u>Valor</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulativo</u>	<u>Razón</u>
1	5.721	80.1	80.1	6.247
2	0.916	12.8	93.0	1.827
3	0.501	7.0	100.0	-----
<hr/>				
Total	7.138	100.0		

Al igual que en el grupo anterior, estos valores y la razón mayor a tres nos indican que existe un factor alrededor del cual se consensan las causas de la hipertensión arterial.

Conocimiento estimado para cada informante

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Conocimiento</u>
José	41	0.93
Ana	30	0.89
Yolanda	36	0.88
Hugo	37	0.86
Teresa	46	0.79
Leticia	44	0.73
Guadalupe	43	0.70
Raúl	49	0.59
Vicente	37	0.58
M. Gpe.	49	0.49
Isabel	42	0.08

Promedio	0.682
Dsv. std.	0.234

El consenso obtenido de manera promedio es superior a 0.500, y además sustenta el tamaño de la muestra como suficiente para una confianza superior a 95%, en lo que toca a la asociación edad y valores obtenidos individualmente, para los cuales se obtuvo aparte una $r = 0.627$, con una r^2 de 0.393, mayor que en el grupo de 15 a 29 años.

De estos resultados se desprende que el grupo tiene un nivel de consenso suficiente para las causas de hipertensión arterial, sin estar necesariamente asociado con la edad.

En este grupo se perfilan dos picos y núcleos, estos últimos, en oposición, corresponden, por un lado, a diferentes tipos de emociones o experiencias (salvo la edad) y, por otro, a situaciones ambientales y personales. Se puede ver que el primer grupo está nucleado por corajes y enojos, mortificaciones y tensiones, y sustos y alegrías; el segundo, por la contaminación y fumar, y por la obesidad y la alimentación. Los nervios se ubican en la posición más central, dentro del núcleo de las emociones. Nótese, además, que el estrés requerido para obtener el escalamiento multidimensional del consenso grupal se logró con un valor de 0.024 (muy bajo) para dos dimensiones.

Grupo de 50 a más años

Causas

Correlaciones entre cada persona y matriz agregada del grupo

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Correlación</u>
Anastasia	76	0.767
Amparo	72	0.651
Joaquín	71	0.561
Carmen	64	0.523
Dolores	60	0.503
Margarito	73	0.427
Natalia	82	0.409
Teresa	67	0.355
Isaura	79	0.291
Romanita	79	0.277
Martha	62	0.275
Fidel	70	0.246
Esperanza	69	0.183

El rango de las correlaciones oscila entre 0.767 y 0.183 (amplitud de 0.584); cabe señalar que en la correlación edad y valores encontrados obtuvimos aparte un valor de "r" muy bajo (de 0.11), que no nos permite afirmar que en este grupo exista asociación entre la edad de sus miembros y los valores de correlación informante-matriz agregada.

Consenso

Encontramos una pseudoconfiabilidad = 0.840.

Los valores para determinar el consenso alrededor de un solo factor, al igual que en los grupos anteriores, nos dan una razón superior a tres:

Factor	Valor	Porcentaje	Acumulativo	Razón
1	4.497	69.7	69.7	3.796
2	1.185	18.4	88.0	1.534
3	0.772	12.0	100.0	-----
Total	6.454	100.0		

Esto nos indican que existe un factor alrededor del cual se consensan las causas de la hipertensión arterial.

Conocimiento estimado para cada informante

Nombre	Edad	Conocimiento
Amparo	72	0.79
Esperanza	69	0.75
Fidel	70	0.74
Margarito	73	0.68
Isaura	79	0.67
Dolores	60	0.59
Joaquín	71	0.59
Natalia	82	0.57
Anastasia	76	0.57
Martha	62	0.54
Carmen	64	0.39

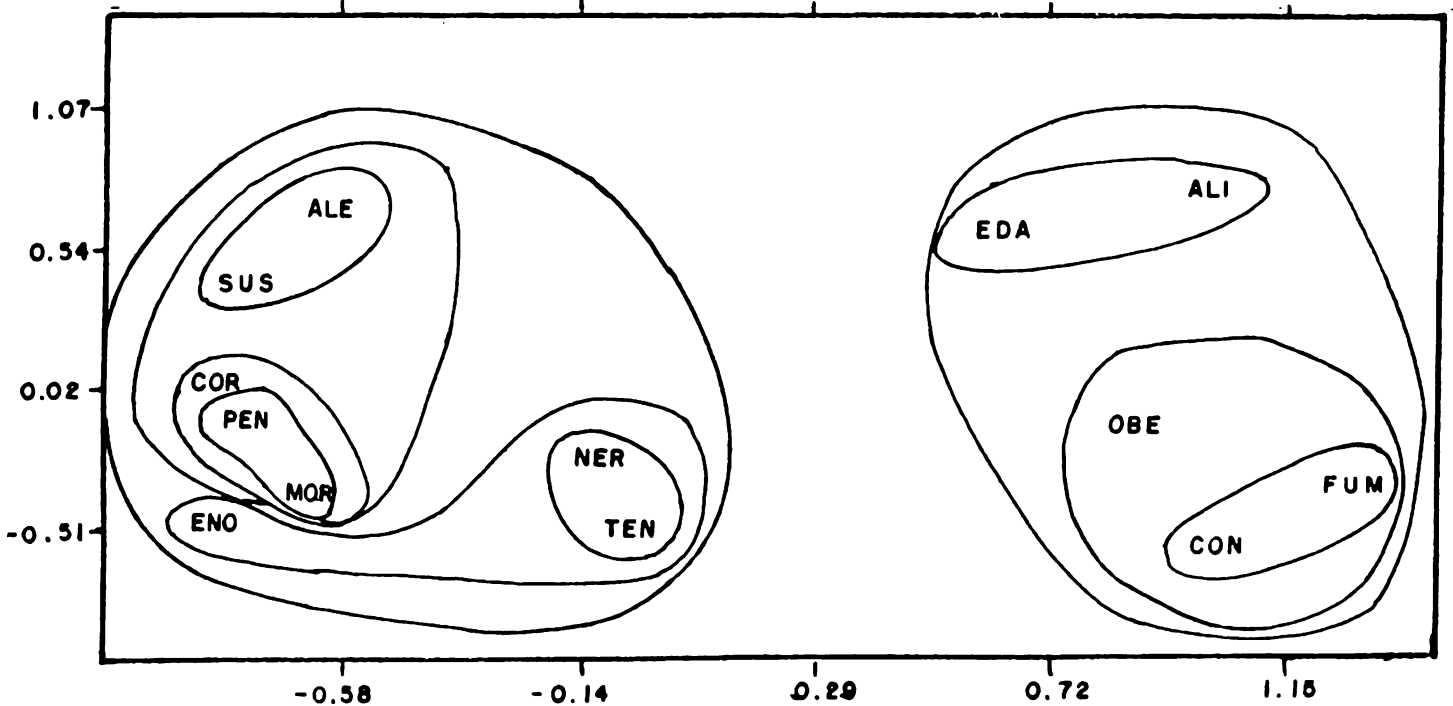
Romanita	79	0.21
Teresa	67	-0.10
Promedio		0.538
Dsv. std.		0.238

Se presentan niveles que varían de 0.79 a -0.10 de consenso (amplitud de 0.89). El grupo de mayores de cincuenta años presentó el promedio de consenso más bajo, aunque suficiente para considerar el tamaño de la muestra adecuado, con un nivel de confianza de 95% en sus resultados. La correlación edad-valores de conocimiento encontrados presentó una $r = 0.718$, lo cual indica que sí existe asociación entre edad y valores de conocimiento; ello apoya el supuesto para tomarlo grupo base para la aplicación de las listas libres de donde se obtuvieron los ítems de causas de hipertensión arterial, probados en los tres grupos mediante el sorteo de montones.

**Jerarquización de Agregados de Johnson de las CAUSAS
para el grupo de 50 a más años.**

	S	A	M	P	C	N	T	E	E	A	O	C	F
	U	L	O	E	O	E	N	D	L	B	O	U	
	S	E	R	N	R	R	N	O	A	Y	E	N	M
								1		1		1	1
NIVEL	1	2	4	5	7	6	9	0	3	1	8	2	3
0.6923	.	.	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
0.6154	XXX	XXX	.	XXX	.	.	.	.	.	.	.	XXX	.
0.5897	XXX	XXXXXX	.	XXX	.	.	.	.	.	.	.	XXX	.
0.5385	XXX	XXXXXX	.	XXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	XXX	.
0.4991	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	.	XXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	XXX	.
0.4872	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	.	XXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	.	XXXXXXXXXX	.
0.4615	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	.	XXXXXXXXXX	.	.	.	XXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	.
0.4156	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	.	XXXXXXXXXX	.	.	.	XXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	.
0.2692	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	.	XXXXXXXXXX	.	.	.	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	.
0.1447	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	.	XXXXXXXXXX	.	.	.	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	.

Representación Multidimensional de las
Causas del grupo de 50 y más años.



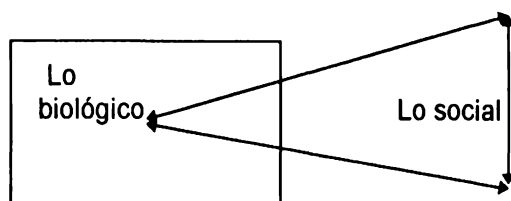
Aquí también se perfilan dos picos en el agrupamiento de Johnson y dos núcleos en oposición en el gráfico a escala multidimensional, que corresponden, respectivamente, a diferentes tipos de emociones o experiencias, y a situaciones ambientales y personales. En la gráfica se puede ver claramente que el primer grupo está nucleado por mortificaciones y penas, sustos y alegrías y nervios y tensiones; en el segundo, por la contaminación y fumar, y por la edad y la alimentación; obsérvese la ausencia de un elemento central. El estrés requerido para obtener el escalamiento multidimensional del consenso grupal se logró con un valor de 0.057 para dos dimensiones.

Comentario a causas

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede considerar lo siguiente: los grupos de 15 a 29 y de 50 y más años presentan patrones similares de correlación entre cada persona y la matriz agregada correspondiente. El grupo de 30 a 49 años es el que presenta mayor confiabilidad y promedios de conocimiento en su consenso (0.905 y 0.682), seguido por el de 15 a 29 (0.871 y 0.618) y luego por el de 50 y más (0.840 y 0.538). Sin embargo, todos los grupos tienen una razón de "eigenvalues" superior a tres, lo cual indica que las causas mostradas en el sorteo de montones están consensadas a través de un factor, es decir, están interpretadas unidimensionalmente, lo cual se expresa en un continuun dimensional que va de lo interno a lo externo, lo que es propio de "mí" (lo que de mí se puede desprender o depender) como mis emociones y reacciones, y lo que no es propio de "mí": el tiempo, el espacio y los agentes productores de la hipertensión arterial, esto es, mediante un locus de control ⁵ que opone lo externo a lo interno (de la persona) en relación dialéctica para la causación de la

⁵ El locus de control es un constructo que se centra en la conducta, se trata de determinar si la gente se considera dueña de sus acciones (locus interno) o si las consecuencias de sus acciones no dependen de él, sino de factores que no puede controlar (locus externo).

enfermedad, donde lo social sería la cuña que rompe el conservadurismo de lo biológico.



Rangos ordenados de causas según grupo de edad

Rango	Mayores de 50 años	De 30 a 49 años	Menores de 30 años	Comentario
1o	Corajes	Fumar	Obesidad	Disimilar
2o	Tensiones	Tensiones	Tensiones	3 similares (emociones)
3o	Enojos	Obesidad	Enojos	2 similares (emociones)
4o	Alimentación	Corajes	Nervios	Disimilar
5o	Fumar	Enojos	Alimentación	Disimilar
6o	Sustos	Nervios	Mortificaciones	Disimilar (emociones)
7o	Obesidad	Alimentación	Fumar	Disimilar
8o	Mortificaciones	Mortificaciones	Corajes	2 similares (emociones)
9o	Contaminación	Edad	Edad	2 similares (Carac.person.)
10o	Penas	Contaminación	Penas	2 similares (emociones)
11o	Nervios	Sustos	Sustos	2 similares (emociones)
12o	Edad	Penas	Contaminación	Disimilar
13o	Alegrías	Alegrías	Alegrías	3 similares (emociones)

Los rangos ordenados aluden a una correspondencia de tipo ordinal entre los items analizados, independientemente de la distancia entre un lugar y otro y la representación cognitiva de distancia; sin embargo, nos ayuda a darnos una idea de escala estandarizada por los entrevistados. En nuestro caso se detectan:

A) Rangos similares en los tres grupos, los interpretamos como conceptos que se comparten y no han cambiado a través de las generaciones, lo cual puede

aprovecharse para mensajes sanitarios de tipo general dirigidos a: grupos de edad indistintos, *v. gr.* tensiones (2o lugar) y alegrías (13o).

B) Rangos similares en dos grupos, que consideramos como conceptos con cierta penetración: intergrupales y que pueden usarse como puentes de entendimiento sanitario intergrupales, enojos (3o), mortificaciones (8o), edad (9o), penas (10o) y sustos (11o).

C) Conceptos disimiles pero que corresponden al mismo grupo de causas y podrían usarse como "homólogos": sustos, nervios y mortificaciones (6o).

Por otra parte, se observa que ciertos conceptos pierden relevancia en el tiempo (no útiles para grupos más jóvenes) y otros la ganan. Pierden relevancia: corajes (1o, 4o y 8o); sustos (6o, 11o y 11o); contaminación (9o, 10o y 12o). Ganan relevancia: obesidad (7o, 3o y 1o); nervios (11o, 6o y 4o); mortificaciones (8o, 8o y 6o), y edad (12o, 9o y 9o).

5.11. ANÁLISIS DE CORRELACIÓN MATRICIAL

El analisis QAP⁶ (Quadratic assignment procedure) realizado entre las estructuras de las matrices de proximidades agregadas nos muestra lo siguiente:

Asociación	Entre	Correlación	Desv. std.	Valor de p	Gamma
50 y más	30 a 49 años	0.764	0.026	<0.0000	15.538
50 y más	15 a 29 años	0.663	0.113	<0.0000	18.420
30 a 49	15 a 29 años	0.420	0.119	0.004	9.818

⁶ El análisis QAP se realiza entre dos matrices cuadradas para determinar la verisimilitud de su asociación en términos de un resultado esperado bajo condiciones al azar, lo cual se logra en el programa Anthropac, mediante permutaciones; para mayores referencias consultar Hubert y Schultz (1976), "Quadratic assignment as a general data analysis strategy", *British Journal of Mathematics and Statics Psychology*, núm. 29, 1976, pp. 190-241.

Los valores "r" encontrados nos indican que se pierde correlación al comparar grupos de edades más jóvenes; sin embargo, el valor de la asociación es mayor entre los grupos más antiguos que entre los más jóvenes.

Respecto a la verisimilitud de las correlaciones, aunque las gamma de Hubert son significativas, *in stricto sensu*, prefiero sólo considerar como significativa la asociación entre el grupo de 50 y más y el de 30 a 49 años, aunque debe tomarse en cuenta que estamos correlacionando matrices de agregados y no pares de datos, por lo que, para las otras dos comparaciones, puedo afirmar, que hay una asociación menos estrecha que la primera.

Las consideraciones anteriores nos llevan a suponer que el consenso intergeneracional, hacia la generación más antigua, se va perdiendo de manera directamente proporcional a la distancia entre las generaciones involucradas, manteniéndose las representaciones sociales, en este caso de la hipertensión arterial, en forma selectiva para cada grupo en función de su historia. Así, el de cincuenta y más años, que corresponde a las generaciones que nacieron antes de la segunda guerra mundial, fue socializado en su infancia y juventud con "suficiente" información medicalizada acerca de la hipertensión arterial, porque el término no se empezó a popularizar hasta mucho después a raíz de los estudios de Goldring y Chase; pero a esta generación sí le tocó vivir (sin comprender totalmente su causalidad) en carne propia la enfermedad, a diferencia del grupo de 15 a 29 años, el que se socializó desde temprana edad en un ambiente donde la hipertensión arterial, como información enfermedad, ha tomado carta de naturalización.

Estas correlaciones, a manera de representaciones, se constatan y discriminan cualitativamente por los agrupamientos encontrados y graficados a escala multidimensional, que después analizaré.

5.12. CONFIGURACIONES EN LAS GRÁFICAS DE ESCALAS MULTIDIMENSIONALES

Las gráficas de escalas multidimensionales nos proveen de una adecuada representación visual de los patrones de similitudes (o distancias) entre una serie de ítems (matriz de proximidades agregadas, de los sorteos de montones), en "n" dimensiones espaciales, de acuerdo con una función de ajuste llamada estrés.

Para interpretar las gráficas de escalas multidimensionales se ha tener en cuenta el valor del estrés⁷ requerido para su estructuración, el cual debe ser menor de 0.100 para considerarse aceptable el ajuste logrado, uno menor de 0.50 se considera excelente y uno de 0.100 o mayor es pobre, y mayor a 0.150 ya es inaceptable (Kruskal, 1964) .

En las tres gráficas presentadas, el estrés para ajustar, *en dos espacios dimensionales*, los agrupamientos jerarquizados de las causas de hipertensión resulta excelente para los grupos de 15 a 29 (0.044) y de 30 a 49 años (0.024), respectivamente; no así para el de 50 y más años con 0.118, que resulta pobre, aunque suficiente para darnos una idea clara de la evolución de los principales núcleos figurativos de las causas en los tres grupos estudiados, ya que si incrementáramos los espacios dimensionales (por ejemplo a tres) en este último grupo, podríamos bajar el estrés de ajuste a niveles adecuados, pero para fines de nuestra comparación sería poco práctico.

Como la interpretación de las gráficas multidimensionales, para explicar similitudes, debe tomar en cuenta: a) los agrupamientos (cercanía de ítems) y b) la dimensionalidad (continuum de los ítems), en nuestra investigación se hará también intergrupos, a manera de "segmentos de anillos de crecimiento de un mismo árbol".

⁷ Se entendera como "stress", al grado de correspondencia entre la distancia de los puntos implicados en la escala multidimensional y la matriz de origen, medida de manera inversa, para Anthropac se usa la formula de Kruskal , (Borgatti, 1992)

En las gráficas multidimensionales de los tres grupos estudiados encontramos para las causas, que consideramos externas al informante, la siguiente configuración:

Grupo	Núcleos principales por jerarquía	
50 y más	Contaminación-fumar (2)	Edad-alimentación (6)
30 a 49	Contaminación-fumar (2)	Obesidad-alimentación (3)
15 a 29	Contaminación-fumar (1)	Obesidad-alimentación (2)

(#) = nivel en los agrupamientos jerarquizados.

Obsérvese la persistencia y el importante nivel de las causas en el núcleo contaminación-fumar para los tres grupos estudiados, identificadas como factores de riesgo para la salud de los habitantes de la colonia. En el segundo núcleo sólo la alimentación persiste a lo largo de los tres grupos; aunque en el grupo de cincuenta y más años está ligada a la edad; en los dos restantes se encuentra asociada a la obesidad.

Nuestra interpretación al respecto, para el grupo de mayores de cincuenta años que con el incremento de la edad se presentan mayores restricciones para comer libremente, de ahí esta asociación edad-alimentación; en cambio, para las otras dos generaciones el concepto alimentación está más ligado a la obesidad por cuestiones corporales de orden funcional y estético.

Para las causas internas encontramos:

Grupo	Núcleos principales por jerarquía ⁸		
50 y más	Mortificaciones-pénas (1)	Sustos-alegrías (2)	Nervios-tensiones (2)
30 a 49	Mortificaciones-tensiones (2)	Sustos-alegrías (3)	Corajes-enojos (1)
15 a 29	Mortificaciones-tensiones (2)	Sustos-alegrías (3)	Corajes-enojos (1)

(#) = nivel en los agrupamientos jerarquizados de Johnson.

⁸ Estas jerarquías están de acuerdo a los niveles encontrados en los agrupamientos jerarquizados de Johnson por el grupo de edad correspondiente, presentados gráficamente en páginas anteriores.

El núcleo de sustos-alegrías persiste en las tres generaciones, al igual que el componente mortificaciones, el cual está ligado al componente causal penas en la generación de mayores de cincuenta años; este último cambia por el de tensiones en las generaciones subsecuentes. El de nervios-tensiones de la generación de cincuenta y más años se pierde y las siguientes interiorizan el de corajes-enojos. Las mortificaciones, penas y tensiones representan un componente de sufrimiento crónico y pasivo en esta población, como causa de hipertensión arterial: las personas mayores usan más el término penas, a diferencia de los más jóvenes, que manejan el de tensiones. El núcleo sustos-alegrías representa la respuesta individual circunstancial a situaciones sorpresivas y el de nervios-tensiones en los mayores de cincuenta es prácticamente una extensión del primero, no así en los dos grupos siguientes, con una respuesta emocional más reactiva (corajes-enojos).

En conclusión el dominio cultural de la representación de causas de hipertensión arterial si bien es unidimensional, en cuanto su expresión diádica "lo interno y externo a mí", semánticamente es multidimensional, ya que se va forjando de una manera interactiva entre grupo-grupo (relación de pertenencia) y grupo-sociedad (relación contextual) (Jodelet, 1988); en el primer caso, los grupos se intercambian, renuevan o eliminan conceptos y valores que enfrentan en su práctica cotidiana, para lograr una definición de consenso, a manera de una cultura única debida a las *variaciones* (cuali-cuantitativas) del conocimiento y experiencia incorporados al capital cultural grupal. Consenso y variaciones que consideramos inciden en el éxito o fracaso de la puesta en marcha y desarrollo de programas médico-sanitario asistenciales, por ello deben tomarse muy en cuenta estos conceptos, significados y valores grupales, sobre todo al momento de planear acciones de salud;⁹ por ejemplo, en grupos en los cuales las causas de hipertensión arterial presentan ubicaciones conceptuales variables y diferentes:

⁹ En el proceso administrativo, durante la fase de planeación, se considera a la investigación como un recurso importante antes de plasmar cualquier curso alternativo en un plan de acción, desafortunadamente en la planeación de los servicios médico sanitarios no siempre se actúa así, en este caso las técnicas de antropología cognitiva y las tradicionales de la etnografía resultan notablemente orientadoras Cfr: Coreill. 1989

con ancianos o adultos, cuando se refiera a la alimentación como causa, en unos habrá que contextualizarla con los problemas propios de la edad y en otros con la obesidad.

Los aspectos antes considerados son vitales para estructurar las bases de una epidemiología popular, que sirva como estrategia para la planeación democrática de los servicios de salud, debido a que el concepto popular de causalidad encontrado por nosotros, choca y se tensiona con los conceptos biomédicos de la epidemiología "científica" (el ecológico derivado de Leavell y Clarck, el de red de Mac Mahon y el moderno de Rottman):

Modelo de Causalidad	Popular	Ecológico	De red	Moderno
Causas	Internas Externas	Agente Huésped Ambiente	Primarias Secundarias	Suficiente Necesaria Complementaria

El reto de la epidemiología, que como disciplina busca su estatuto científico, dependerá de la capacidad de estructurar una epidemiología sintética que fusione la visión popular con la científica, y para el efecto se requiere la triangulación metodológica entre las ciencias sociales y las de la salud pública, donde la antropología y la epidemiología tienen la palabra.

Grupo de 15 a 29 años

Signos y síntomas

Correlaciones entre cada persona y matriz agregada del grupo

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Correlación</u>
Fabián	15	0.700
Rubén	27	0.669
Ivonne	26	0.602
Sandra	21	0.578
Alberto	29	0.468
Fernando	25	0.380

Omar	18	0.379
Arcelia	21	0.356
Mayra	20	0.349
Rosalba	19	0.091
Raúl	17	0.035

El rango de las correlaciones oscila entre 0.700 y 0.035 (amplitud de 0.665) y las correlaciones en su mayoría son inferiores a 0.500. La correlación de Spearman para edad-valor de las correlaciones individuales con la matriz agregada fue de 0.35, lo cual no nos permite inferir asociación entre edad y valores obtenidos en las correlaciones de las matrices agregadas.

Consenso

Respecto al consenso grupal encontramos una pseudoconfiabilidad = 0.787.

Los valores para determinar el consenso alrededor de un solo factor **no** nos dan una razón superior a tres:

Factor	Valor	Porcentaje	Acumulativo	Razón
1	3.338	57.8	57.8	1.675
2	1.993	34.5	92.3	4.508
3	0.442	7.7	100.0	-----

Total	5.773	100.0
-------	-------	-------

Este resultado nos indica que en este grupo no existe la posibilidad de que haya un consenso alrededor de un solo factor, en relación con los signos y síntomas de hipertensión arterial considerados.

Conocimiento estimado para cada informante

Nombre	Edad	Conocimiento
Fernando	25	0.72
Arcelia	21	0.71
Alberto	29	0.70
Mayra	20	0.68

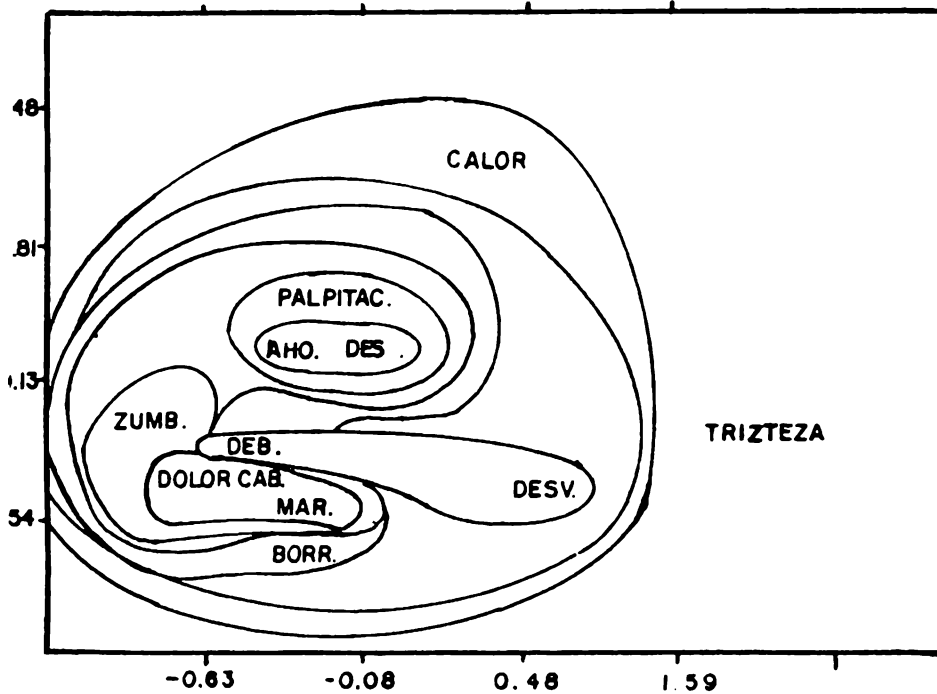
Omar	18	0.65
Rubén	27	0.55
Sandra	21	0.52
Raúl	17	0.50
Ivonne	26	0.29
Fabián	15	0.19
Rosalba	19	- 001
Promedio		0.499
Desv. std.		0.233

El rango de conocimiento varía de 0.72 a - 0.01 (amplitud de 0.71). El resultado de la correlación de Spearman entre edad y valor de conocimiento individual fue de 0.51, el cual no es sugerente de asociación: a mayor edad, mayor conocimiento consensado, en lo que se refiere a síntomas de hipertensión arterial.

**Jerarquización de Agregados de Johnson de los SIGNOS y SINTOMAS
para el grupo de 15 a 29 años.**

	C	D	B	M	D	Z	P	A	D	T	
	A	E	S	O	A	O	U	A	H	S	R
	L	B	V	R	R	L	M	L	O	P	I
									1	1	
NIVEL	5	2	3	6	1	4	7	8	9	0	1
0.8182	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX	.
0.6364	.XXX	.	XXX	.	.	XXX	.	.	XXX	.	
0.5758	.XXX	.	XXX	XXX	XXXX	XXXX	.	.	XXXX	.	
0.4803	.XXX	.	XXXXXXXXXX	.	.	XXXXXXXXXX	.	.	XXXXXXXXXX	.	
0.3535	.XXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	.	.	XXXXXXXXXX	.	.	XXXXXXXXXX	.	
0.3481	.XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	.	.	XXXXXXXXXX	.	.	XXXXXXXXXX	.	
0.2009	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	.	.	XXXXXXXXXX	.	.	XXXXXXXXXX	.	
0.1374	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	.	.	XXXXXXXXXX	.	.	XXXXXXXXXX	.	

Representación Multidimensional de los
Signos y Síntomas
del grupo de 15 a 29 años.



Como se puede observar, hay un solo pico en el agrupamiento jerarquizado, el cual se presenta en la gráfica multidimensional como un solo núcleo, que incluye las díadas: ahogo-desesperación (como central), debilidad-desvanecimientos, y mareos y dolor de cabeza, que hablan de categorías diferentes, como: función respiratoria, mental, estado de vigilia, fuerza, localización anatómica. Nótese que la tristeza queda aparte del conjunto.

El estrés requerido para obtener el escalamiento multidimensional del consenso grupal se logró con un valor de 0.044 para dos dimensiones.

Grupo de 30 a 49 años

Signos y síntomas

Correlaciones entre cada persona y matriz agregada del grupo

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Correlación</u>
Ana	30	0.608
Leticia	44	0.527
José	41	0.432
Raúl	49	0.421
Isabel	42	0.418
Guadalupe	43	0.348
Vicente	37	0.294
Yolanda	36	0.288
M. Gpe.	49	0.267
Hugo	37	0.206
Teresa	46	0.205

El rango de correlación entre los individuos entrevistados y la matriz agregada del grupo varía de 0.608 a 0.205 (amplitud de 0.403), aparte de que en la correlación de Spearman hay una asociación baja de -0.21 entre edad y valores de correlación individual obtenidos.

Consenso

Respecto al consenso del grupo encontramos una pseudoconfiabilidad = 0.832.

Los valores para determinar el consenso alrededor de un solo factor **no** nos dan una razón superior a tres:

Factor	Valor	Porcentaje	Acumulativo	Razón
1	3.981	67.5	67.5	2.876
2	1.384	23.5	90.9	2.585
3	0.535	9.1	100.0	-----
<hr/>				
Total	5.901	100.0		

Al igual que en el grupo de 15 a 29 años, estos valores y la razón menor a tres nos indican que **no** existe un solo factor alrededor del cual se consensan los signos y síntomas de la hipertensión arterial, en el grupo de 30 a 49 años.

Conocimiento estimado para cada informante

Nombre	Edad	Conocimiento
José	41	0.81
Yolanda	36	0.80
Ana	30	0.77
Hugo	37	0.74
Vicente	37	0.70
Leticia	44	0.65
Isabel	42	0.48
Guadalupe	43	0.47
Teresa	46	0.34
Raúl	49	0.21
M. Gpe.	49	0.21
Promedio		0.560
Dsv. std.		0.219

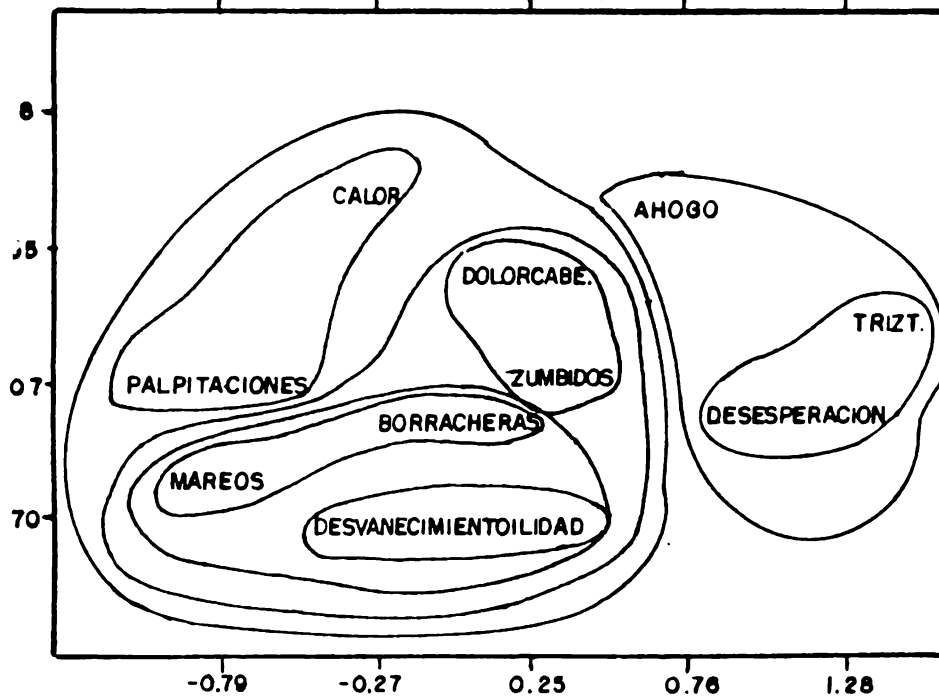
El grupo presenta un rango que va de 0.81 a 0.21 (amplitud de 0.60) y que el promedio de conocimiento consensado grupal es de 0.560. Encontramos una

correlación de Spearman de -0.98 entre edad y valor de conocimiento individual, es decir, que a mayor edad, menor conocimiento consensado de síntomas de hipertensión arterial.

**Jerarquización de Agregados de Johnson de los SIGNOS y SINTOMAS
para el grupo de 30 a 49 años.**

	D	D	M	B	D	Z	C	P	A	D	T
	E	S	A	O	O	U	A	A	H	S	R
	B	V	R	R	L	M	L	L	O	P	Y
										1	1
NIVEL	2	3	1	6	4	7	5	8	9	0	1
0.8182	.	.	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.
0.6364	XXX	XXX	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.
0.5455	XXX	XXX	XXX	.	.	.	.	XXX	.	.	.
0.4343	XXXXXXXX	XXX	.	.	.	.	.	XXX	.	.	.
0.3098	XXXXXXXXXXXX	.	.	.	.	.	.	XXX	.	.	.
0.2727	XXXXXXXXXXXX	XXX	:	XXX	.	.	.	.	.	.	.
0.2492	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	.	XXX	.	.	.	.	.	.	.	.
0.2121	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.
0.1823	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXX	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Representación Multidimensional para los
Signos y Síntomas del grupo de 30 a 49 años



Como se puede observar, se delinean, respectivamente, dos picos y dos núcleos, que corresponden, por un lado, a síntomas relacionados con emociones, desesperación y tristeza y, por otro, a una variedad de síntomas diversos, como mareos y borracheras, debilidad y desvanecimiento, dolor de cabeza y zumbidos, y calor y palpitaciones. Aquí se percibe una división entre síntomas emocionales (con la tristeza y la desesperación como centros) y fisiológicos (con borracheras y mareos como centro).

El estrés requerido para obtener el escalamiento multidimensional del consenso grupal se logró con un valor de 0.097 para dos dimensiones.

Grupo de 50 a mas años

Signos y síntomas

Correlaciones entre cada persona y matriz agregada del grupo

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Correlación</u>
Anastasia	76	0.661
Margarito	73	0.464
Martha	62	0.411
Isaura	79	0.363
Fidel	70	0.293
Amparo	72	0.276
Joaquín	71	0.232
Teresa	67	0.198
Carmen	64	0.198
Natalia	82	0.191
Esperanza	69	0.153
Romanita	69	0.110
Dolores	60	-0.029

El rango de las correlaciones oscila entre 0.464 y -0.029 (amplitud de 0.493). La correlación de Spearman entre valores de correlación individual y la

edad, es de 0.41, es decir, baja y no nos permite afirmar que hay asociación entre los dos elementos analizados.

Consenso

Respecto al consenso del grupo encontramos una pseudoconfiabilidad = 0.818.

Los valores para determinar el consenso alrededor de un solo factor nos dan una razón superior a tres:

Factor	Valor	Porcentaje	Acumulativo	Razón
1	3.800	72.8	72.8	4.073
2	0.933	17.9	90.7	1.917
3	0.487	9.3	100.0	-----
<hr/>				
Total	5.220	100.0		

Al diferencia de los dos grupos anteriores, en este grupo existe un factor alrededor del cual se consensan los signos y síntomas de la hipertensión arterial.

Conocimiento estimado para cada informante

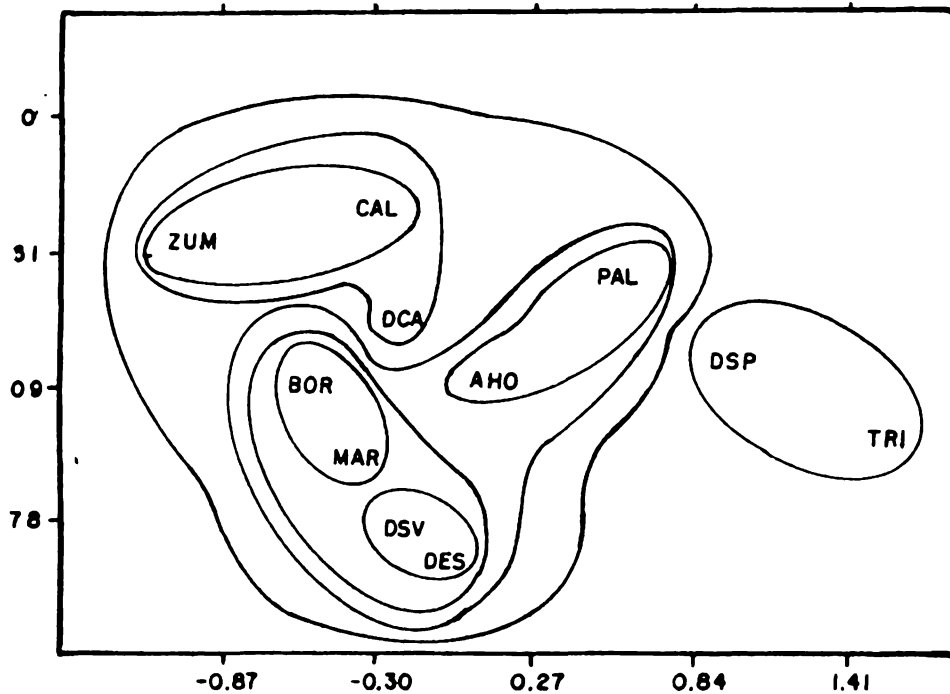
Nombre	Edad	Conocimiento
Isaura	79	0.73
Anastasia	76	0.69
Margarito	73	0.68
Dolores	60	0.65
Esperanza	69	0.64
Amparo	72	0.52
Natalia	82	0.52
Carmen	64	0.50
Martha	62	0.50
Joaquín	71	0.42
Fidel	70	0.13
Romanita	79	0.13
Teresa	67	-0.50
Promedio		0.508
Dsv. std.		0.186

El grupo presenta niveles que varían de 0.73 a -0.50 de consenso (amplitud de 1.23); este rango está determinado en buena medida por el conocimiento negativo de Teresa. La correlación edad-conocimiento individual, según la técnica de Spearman, es de 0.20, muy baja.

**Jerarquización de Agregados de Johnson de los SIGNOS y SINTOMAS
para el grupo de 50 a más años.**

	D	C	Z	D	D	B	M	P	A	D	T
	O	A	U	E	S	O	A	A	H	E	R
	L	L	M	B	V	R	R	L	O	P	Y
										1	1
NIVEL	4	5	7	2	3	6	1	8	9	0	1
0.5385	.	.	.	.	.	XXX	.	.	.	.	.
0.4615	.	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
0.3932	.	XXX	XXXXXXXX	XXX	XXX						
0.3390	.	XXX	XXXXXXXXXXXX	XXX							
0.3333	XXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX								
0.2675	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXX									
0.2082	XXXXXXXXXXXXXXXX										

Representación Multidimensional para los
Signos y Síntomas
del grupo de 50 y más años



Aquí se perfilan también dos núcleos, manifestados como picos en el agrupamiento de Johnson y como círculos concéntricos en el diagrama multidimensional, que corresponden, por un lado, a emociones como la desesperación y la tristeza (elementos centrales de ese núcleo) y, por otro, a síntomas variados. Se puede ver que el segundo núcleo (más amplio) está constituido por las diadas borracheras y mareos (elementos centrales), calor y zumbido de oídos, debilidad y desvanecimientos, y palpitaciones y ahogos. La dimensión manejada al parecer va de una sintomatología emocional (psicológica) a otra menos ligada aparentemente a los aspectos emocionales, y con una explicación más orgánica.

El estrés requerido para obtener el escalamiento multidimensional del consenso grupal se logró con un valor de 0.118 para dos dimensiones, un ajuste pobre.

Comentario general

- De acuerdo con los resultados obtenidos en los tres grupos se puede considerar que:
- ♦ Los grupos de 30 a 49 y el de 50 y más años presentan rangos similares de valores de correlación entre cada persona y la matriz agregada correspondiente.
- ♦ El grupo de 50 y más años es el único con una razón de "eigenvalues" superior a tres, lo cual indica que los síntomas mostrados en el sorteo de montones están consensados a través de un factor, es decir, están interpretados unidimensionalmente, que se expresa por un eje que va de la depresión a la reacción orgánica, sea de tipo general, como la debilidad y el desvanecimiento, o el dolor de cabeza y el zumbido de oídos.
- ♦ En el grupo de 30 a 49 años se observó una correlación negativa de 0.98 entre edad y conocimiento consensado, lo cual sugiere que a mayor edad se

pierde conocimiento consensado; el grupo de 15 a 29 años obtuvo una correlación positiva de 0.51, y el de mayor edad, una correlación positiva muy baja de 0.20.

Rangos ordenados de signos y síntomas por grupo de edad

Rango	Mayores de 50 años	De 30 a 49 años	Menores de 30 años	Comentario
1o	Zumbido de oídos	Mareos	Palpitaciones	Disimilares
2o	Ahogo	Dolor de cabeza	Ahogo	2 similares (sint. resp.)
3o	Mareos	Zumbido de oídos	Desmayos	Disimilares
4o	Desmayos	Desmayos	Mareos	2 similares (perd. conc.)
5o	Palpitaciones	Borracheras	Borracheras	2 similares (perd. equil.)
6o	Desvanecimientos	Palpitaciones	Dolor de cabeza	Disimilares
7o	Borracheras	Desvanecimientos	Zumbido de oídos	Disimilares
8o	Tristeza	Debilidad	Desvanecimientos	Disimilares
9o	Dolor de cabeza	Ahogo	Debilidad	Disimilares
10o	Debilidad	Calor	Calor	2 similares (sint. fisiol.)
11o	Calor	Tristeza	Tristeza	2 similares (sint. depre.)

De acuerdo con los resultados anteriores encontramos:

A) No hay rangos similares en los tres grupos, por lo tanto no hay un síntoma que se comparta a través de las generaciones.

B) Conceptos similares en dos grupos, que consideramos como conceptos con cierta penetración intergrupar y que pueden usarse como puentes de entendimiento sanitario intergrupales: ahogo (2o lugar), desmayos (4o), borracheras (5o), calor (10o) y tristeza (11o).

Entre los conceptos que pierden relevancia en el tiempo están: zumbido de oídos (1o, 3o y 7o lugares), y desvanecimientos (6o, 7o y 8o).

Los que ganan relevancia: desmayos (4o, 4o y 3o); borracheras (7o, 5o y 5o), y calor (11o, 11o, y 10o).

El análisis QAP entre las estructuras de las matrices de proximidades agregadas nos muestra lo siguiente:

Asociación	Entre	Correlación	Desv. std.	Valor de p	Gamma
50 y más	30 a 49 años	0.425	0.133	<0.0000	9.231
50 y más	15 a 29 años	0.390	0.139	0.006	11.399
30 a 49	15 a 29 años	0.392	0.137	<0.000	11.074

Los valores "r" encontrados nos indican escasa asociación entre las matrices contrastadas (debido al valor menor a 0.5, r cuadrada menor a 0.25), a pesar de la significancia estadística de la gamma en las correlaciones realizadas.

Como ya se señaló, en lo que se refiere a signos y síntomas, el consenso se observó únicamente en el grupo de cincuenta y más años, y los otros dos grupos no alcanzan una razón de "eigenvalues" suficiente para considerar un consenso como una expresión de un único dominio cultural, independiente en su construcción semántica. Sin embargo, en cuanto a los núcleos de las escalas multidimensionales tenemos que:

Grupo	Núcleos principales por jerarquía
50 y más	Borracheras-mareos (1), Calor-zumbidos (2), Palpitaciones-ahogo (2) y Desesperación-tristeza (2)
30 a 49	Borracheras-mareos (1), Calor-palpitaciones (6), Debilidad-desvanecimientos (2), Dolor de cabeza-zumbidos (2) y Desesperación-tristeza (3)
15 a 29	Ahogo-desesperación (1), Mareos-dolor de cabeza 2) y Debilidad-desvanecimientos (2)

(#) = nivel en los agrupamientos jerarquizados

Obsérvese que no hay díada que persista a través del tiempo en los tres grupos, sólo síntomas aislados, como los mareos y la desesperación. Sin

embargo, sí hay díadas relacionadas entre dos generaciones, como: borracheras-mareos, y desesperación-tristeza para los mayores de 50 años y los de 30 a 49; en cambio, para los de 30 a 49 y los de 15 a 29 años sólo debilidad-desvanecimientos.

Lo anterior pone de manifiesto la dinamicidad de las representaciones de la enfermedad a través del tiempo, lo cual nos lleva a formular la siguiente pregunta: ¿los signos y síntomas cambian con la generación o con la edad? En lo particular me inclino a pensar que en este caso la edad es determinante debido a las características de la enfermedad, porque la prevalencia de hipertensión se incrementa con la edad, dada la formación económica y social donde nos desarrollamos.

Por otra parte, si revisamos los libros de medicina, por ejemplo *Medicina interna*, de Cecil, en el capítulo de hipertensión, con base en la tradición médica que arranca desde Laennec, se tiene cuidado de caracterizar la enfermedad con signos y no con síntomas, opuesto al enfoque de la población estudiada, lo cual de alguna manera explicaría la inoportunidad y, sobre todo, la incomprensión en el diagnóstico de la enfermedad por parte de los sistemas de atención médica (Martínez Cortez, 1989).

Grupo de 15 a 29 años

Tratamiento

Correlaciones entre cada persona y matriz agregada del grupo

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Correlación</u>
Fernando	25	0.766
Sandra	21	0.763
Fabián	15	0.688
Omar	18	0.683
Alberto	29	0.656
Mayra	20	0.626
Ivonne	26	0.594
Rosalba	19	0.557

Rubén	27	0.334
Arcelia	21	0.332
Raúl	17	0.131

El rango de las correlaciones oscila entre 0.766 y 0.131 (amplitud de 0.635). La correlación de Spearman entre valores de las correlaciones individuales con la matriz grupal y la edad de los informantes, arrojó un valor de 0.03, que nos indica que no hay asociación estadística entre ambas variables.

Consenso

Respecto al consenso grupal encontramos una pseudoconfiabilidad = 0.910.

Los valores para determinar el consenso alrededor de un solo factor nos dan una razón superior a tres:

<u>Factor</u>	<u>Valor</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulativo</u>	<u>Razón</u>
1	5.462	79.9	79.9	6.100
2	0.895	13.1	92.9	1.854
3	0.483	7.1	100.0	-----
<hr/>				
Total	6.840	100.0		

Este resultado nos habla de la existencia de consenso alrededor de un solo factor en relación con los tratamientos considerados para la hipertensión arterial.

Conocimiento estimado para cada informante

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Conocimiento</u>
Omar	18	0.86
Fabián	15	0.81
Fernando	25	0.80
Mayra	20	0.78
Arcelia	21	0.74
Sandra	21	0.74
Ivonne	26	0.68
Rubén	27	0.68

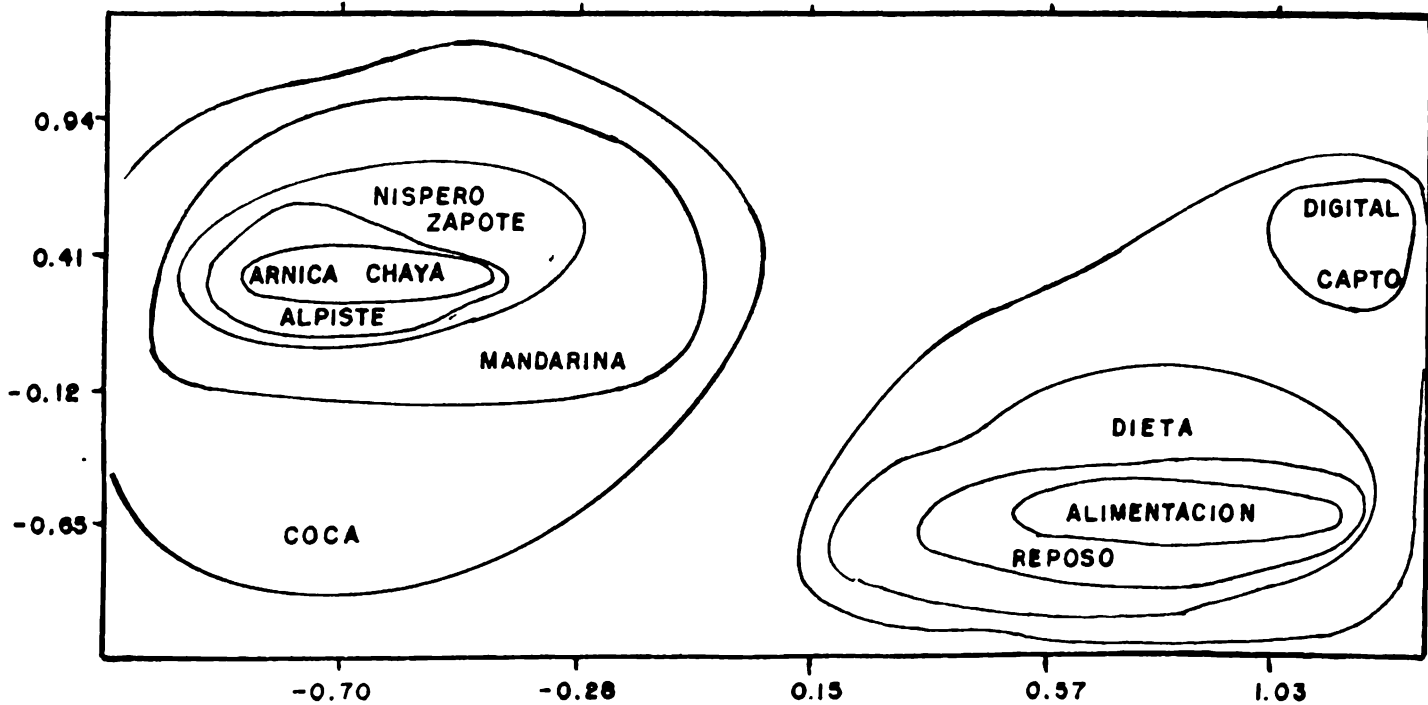
Alberto	29	0.57
Rosalba	19	0.57
Raúl	17	0.39
Promedio		0.692
Desv. std.		0.131

El rango de conocimiento varía de 0.86 a 0.39 (amplitud de 0.47) y sólo una persona se ubica abajo de 0.50; el promedio de conocimiento es de 0.692; sin embargo, la correlación de Spearman entre los valores de conocimiento y edad nos dan una "r" de 0.25 baja.

**Jerarquización de Agregados de Johnson del TRATAMIENTO
para el grupo de 15 a 29 años.**

	C	M	N	Z	A	A	C	E	A	R	D	D	C
	O	A	I	A	L	R	H	J	L	E	I	I	A
	C	N	S	P	P	N	A	E	I	P	E	G	P
						1					1	1	1
NIVEL	1	4	2	8	3	0	5	6	7	9	1	2	3
0.8182	.	.	.	.	.	XXX	XXX	.	.	XXX			
0.7273	.	.	.	.	XXXXX	XXX	.	.	XXX				
0.6364	.	.	XXX	XXXXX	XXX	.	.	XXX					
0.5455	.	.	XXXXXXXXXX	XXX	.	.	XXX						
0.5152	.	.	XXXXXXXXXX	XXXXX	.	.	XXX						
0.5119	.	.	XXXXXXXXXX	XXXXX	.	.	XXX						
0.3152	.	.	XXXXXXXXXX	XXXXXXXX	XXX								
0.2560	XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXX	XXX										
0.2537	XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX											
0.0775	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX												

Representación Multidimensional del Tratamiento
del grupo de 15 a 29 años



En los esquemas anteriores se integran los siguientes agrupamientos: uno que incluye las díadas árnica-chaya (conceptos centrales de este núcleo); otro el ejercicio-alimentación (central de este otro núcleo), y otro de digital-captopril (periférico), que hablan de categorías de diferentes tipos de tratamientos, que van del herbolario, higiénico-dietético, y el medicamentoso.

El estrés requerido para obtener el escalamiento multidimensional del consenso grupal fue aceptable, ya que se logró con un valor de 0.075 para dos dimensiones.

Grupo de 30 a 49 años

Tratamiento

Correlaciones entre cada persona y matriz agregada del grupo

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Correlación</u>
Hugo	37	0.700
Isabel	42	0.657
Vicente	37	0.568
Raúl	49	0.568
Ana	30	0.544
Teresa	46	0.538
Yolanda	36	0.481
Guadalupe	43	0.430
José	41	0.413
Leticia	44	0.255
M. Gpe.	49	0.233

El rango de conocimiento individual y la matriz agregada varía de 0.700 a 0.233 (amplitud de 0.467), y las correlaciones se distribuyen de manera independiente a la edad, y sólo hay una correlación igual a 0.7. La correlación de Spearman entre edad y los valores individuales encontrados nos da una "r" de -0.49, la cual no es suficiente para afirmar que hay asociación entre las dos variables señaladas.

Consenso

Respecto al consenso del grupo encontramos una pseudoconfiabilidad = 0.856.

Los valores para determinar el consenso alrededor de un solo factor nos dan una razón superior a tres:

<u>Factor</u>	<u>Valor</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulativo</u>	<u>Razón</u>
1	4.256	73.8	73.8	4.776
2	0.891	15.5	89.3	1.437
3	0.620	10.7	100.0	-----
<hr/>				
Total	5.767	100.0		

Estos valores y la razón mayor a tres nos indican que existe un solo factor alrededor del cual se consensan los tipos de tratamientos considerados para la hipertensión arterial.

Conocimiento estimado para cada informante

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Conocimiento</u>
Ana	30	0.85
Hugo	37	0.80
Yolanda	36	0.76
Vicente	37	0.66
Raúl	49	0.63
Leticia	44	0.60
José	41	0.58
Teresa	46	0.56
Guadalupe	43	0.54
Isabel	42	0.38
M. Gpe.	49	0.18
Promedio		0.595
Dsv. std.		0.182

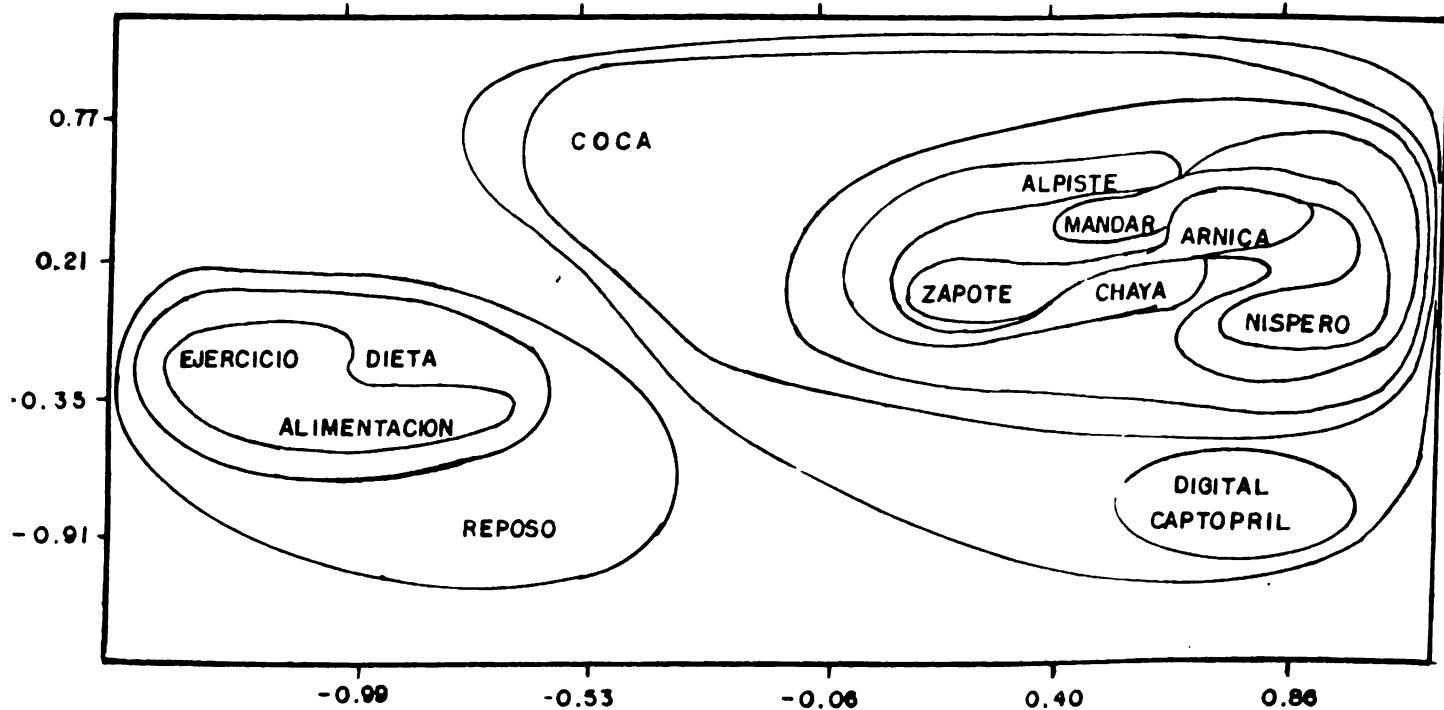
Este grupo presenta rangos que van de 0.85 a 0.18 (amplitud de 0.63); los menores de cuarenta años presentaron los consensos más altos, lo cual se

confirma por la correlación de Spearman de valor negativo "r" -0.87, que indica una asociación estadística inversa entre edad y grado de consenso logrado; esta situación podría interpretarse a la luz del modelo del distress oculto de Scrambler, quien señala que en la construcción social de ciertas enfermedades, los enfermos llegan a creer ser lo que la gente piensa de ellos, lo cual lograría cierto consenso, que en nuestro caso ocurriría con los menores de cuarenta (Scrambler, 1990). Sin embargo, en los informantes mayores, la explicación se complementaría tomando en cuenta a Schutz, quien destaca las experiencias rutinarias y específicas en la vida cotidiana como modificadoras del acervo de conocimiento personal (Schutz, 1990).

Jerarquización de Agregados de Johnson del TRATAMIENTO
para el grupo de 30 a 49 años.

NIVEL	READCACNMZADC												
	9	6	7	1	1	3	5	2	4	8	0	2	3
0.9091	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX
0.7273	.	.	.	.	.	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	.	.	XXX
0.6364	.	XXX	.	.	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	.	.	.	XXX
0.6263	.	XXX	.	.	XXX	XXXXXXXX	XXX	.	.	.	.	.	XXX
0.5253	.	XXX	.	.	XXXXXXXXXXXX	XXX	.	.	.	.	.	.	XXX
0.5152	.	XXXXXX	.	.	XXXXXXXXXXXX	XXX	.	.	.	.	.	.	XXX
0.4545	XXXXXX	.	.	.	XXXXXXXXXXXX	XXX	.	.	.	.	.	.	XXX
0.2803	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXX
0.2282	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXX
0.1209	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Representación Multidimensional del tratamiento
del grupo de 30 a 49 años



Como se puede observar, se delimitan dos núcleos, que corresponden, por un lado, a los tratamientos higiénico-dietéticos (el ejercicio y la alimentación como conceptos centrales) y, por otro (el más grande), a la herbolaria (zapote blanco y árnica como conceptos centrales), la medicación de patente (digital y captopril como conceptos periféricos relevantes) y los remedios caseros, en este caso la dimensión perfilada varía de las acciones higiénicas a las de atención médico-terapéuticas, sin que se perciba un núcleo central.

El estrés requerido para obtener el escalamiento multidimensional del consenso grupal se logró adecuadamente con un valor de 0.083 para dos dimensiones.

Grupo de 50 a más años

Tratamiento

Correlaciones entre cada persona y matriz agregada del grupo

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Correlación</u>
Amparo	72	0.732
Martha	62	0.624
Fidel	70	0.598
Anastasia	76	0.554
Joaquín	71	0.530
Margarito	73	0.432
Isaura	79	0.430
Carmen	64	0.389
Dolores	60	0.326
Teresa	67	0.147
Natalia	82	0.106
Romanita	69	0.094
Esperanza	69	0.021

El rango de las correlaciones oscila entre 0.732 y 0.021 (amplitud de 0.709). La correlación de Spearman para valor de correlación persona-matriz agregada y

edad nos arroja un resultado de 0.09, lo cual indica que los valores de las correlaciones individuales no se asocian con la edad.

Consenso

Respecto al consenso del grupo encontramos una pseudoconfiabilidad = 0.831.

Los valores para determinar el consenso alrededor de un solo factor nos dan una razón superior a tres:

Factor	Valor	Porcentaje	Acumulativo	Razón
1	4.709	74.1	74.1	4.065
2	1.158	18.2	92.3	2.376
3	0.487	7.7	100.0	-----
<hr/>				
Total	6.355	100.0		

Estos valores y la razón mayor a tres indican que existe un factor alrededor del cual se consensan los diferentes tratamientos para la hipertensión arterial.

Conocimiento estimado para cada informante

Nombre	Edad	Conocimiento
Margarito	73	0.81
Isaura	79	0.78
Natalia	82	0.77
Anastasia	76	0.76
Fidel	70	0.73
Amparo	72	0.67
Esperanza	69	0.65
Teresa	67	0.52
Dolores	60	0.50
Martha	62	0.36
Joaquín	71	0.34
Carmen	64	0.22
Romanita	79	- 0.27
Promedio		0.525
Dsv. std.		0.294

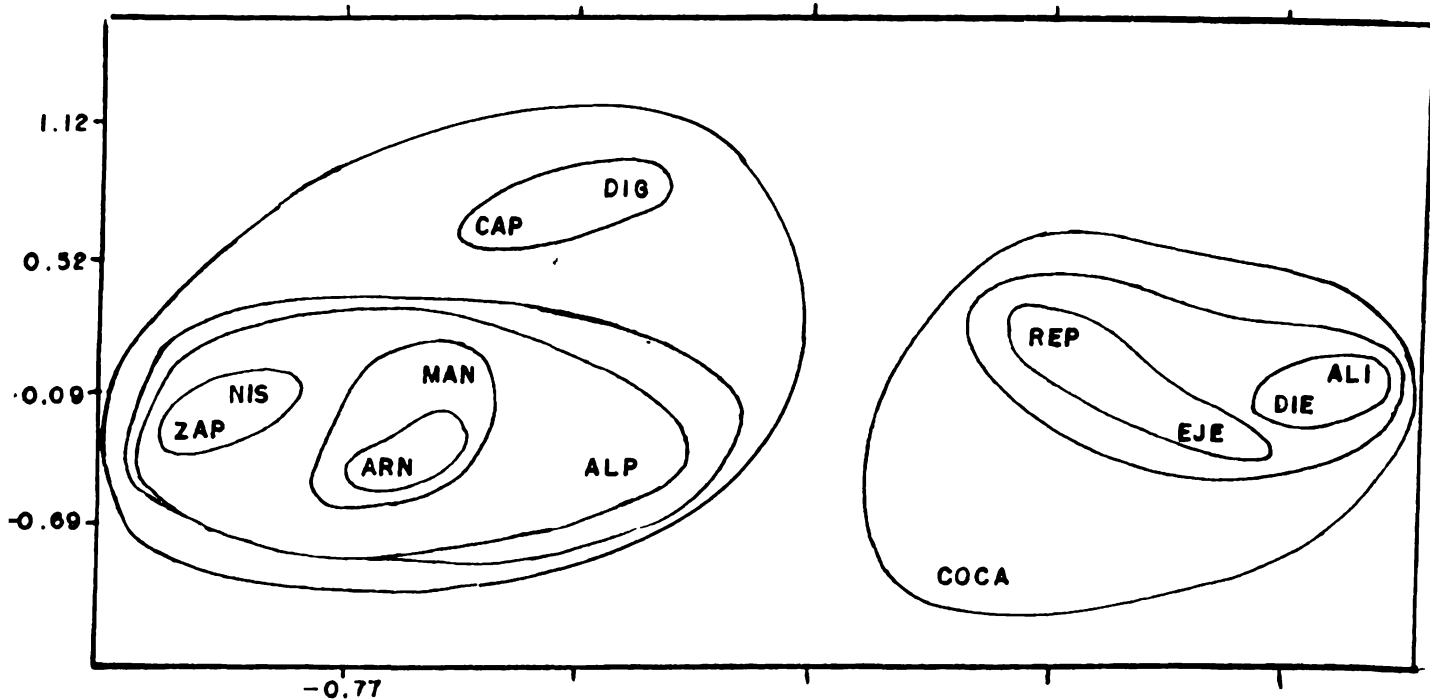
El grupo presenta niveles que varían de 0.81 a -0.27 de consenso (amplitud de 1.08); este rango está determinado en buena medida por el conocimiento negativo de Romanita. La correlación de Spearman para valor de conocimiento y edad fue de 0.49 (no asociación), pero si se elimina la calificación de Romanita, el valor de "r" se podría haber elevado a más de 0.75.

**Jerarquización de Agregados de Johnson del TRATAMIENTO
para el grupo de 50 a más años.**

C E R A D A N Z M A C D C
O J E L I L I A A R H I A
C E P I E P S P N N A G P

NIVEL	1			1			1 1						
	1	6	9	7	1	3	2	6	4	0	5	2	3
07692	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX . .
0.6923	.	.	.	.	.	.	.	.	XXX .	XXX	XXX	XXX	
0.6154	.	.	.	XXX	.	XXX	.	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	
0.5365	.	.	.	XXX	.	XXX	XXXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	
0.5000	.	.	.	XXX	.	XXXXXXXX	XXX						
0.4615	.	XXX	XXX	.	XXXXXXXX	XXX							
0.4103	.	XXXXXXXX	.	XXXXXXXX	XXX								
0.3984	.	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX									
0.3077	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX										
0.3022	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX											
0.1726	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX												

Representación Multidimensional del tratamiento
del grupo de 50 y más años



Se perfilan aquí también dos núcleos que corresponden, por un lado, a tratamiento higiénico-dietético y remedios caseros y, por otro, a la herbolaria y los medicamentos de patente. La dimensión manejada va de las medidas higiénico-dietéticas (alimentación y dieta como conceptos relevantes), pasando por los remedios caseros, a la herbolaria (árnica y chaya como conceptos centrales núcleo) y los fármacos de patente.

El estrés requerido para obtener el escalamiento multidimensional del consenso grupal se logró con un valor de 0.062, adecuado para dos dimensiones.

Comentario general

De acuerdo con los resultados obtenidos en los tres grupos, se puede considerar lo siguiente: el grupo de 15 a 29 años es el que presenta mayor confiabilidad y promedios de conocimiento en su consenso (0.910 y 0.692), seguido por el de 30 a 49 (0.856 y 0.595) y por último el de 50 y más (0.831 y 0.525).

Respecto a la edad, los resultados en el grupo de 30 a 49 años parecen indicar que existe un quiebre en el incremento de consenso logrado desde edades más jóvenes, hasta los cuarenta años, que es precisamente cuando hacen su aparición, de manera conspicua, las necesidades selectivas de tener atención, para volver a incrementarse el consenso de acuerdo con el grupo mayor de cincuenta años.

Todos los grupos presentan una razón de "eigenvalues" superior a tres, lo cual indica que los tratamientos mostrados en el sorteo de montones están consensados a través de un factor, es decir, están interpretados unidimensionalmente en términos de atención, lo cual se expresa por el *continuum* medidas higiénico-dietéticas, remedios caseros, herbolaria y medicinas de patente, esto es, de la autoatención a la atención especializada. Ello plantea una visión integral del tratamiento de la hipertensión arterial en los grupos estudiados, lo que nos lleva a considerar que la gente se está moviendo a lo largo

de esta unidimensionalidad, de acuerdo con el contexto, consenso y experiencia: esto presupone que cuando se deja una forma de atención o tratamiento, es para tomar otro o llevarlos simultáneamente.

Rangos ordenados según importancia del tratamiento y grupo de edad

Rango	Mayores de 50 años	De 30 a 49 años	Menores de 30 años	Comentario
1o	Chaya	Ejercicio	Alimentación	Disimilar
2o	Reposo	Alimentación	Reposo	2 similares (Med. higiénicas)
3o	Alpiste	Mandarina	Dieta	Disimilares
4o	Ejercicio	Alpiste	Captopril	Disimilares
5o	Captopril	Reposo	Ejercicio	Disimilares
6o	Dieta	Dieta	Zapote blanco	2 similares (herbolaria)
7o	Alimentación	Captopril	Arnica	Disimilares
8o	Digital	Chaya	Chaya	2 similares (herbolaria)
9o	Arnica	Níspero	Coca Cola	Disimilares
10o	Mandarina	Zapote blanco	Alpiste	Disimilares
11o	Zapote blanco	Arnica	Digital	Disimilares
12o	Coca Cola	Digital	Mandarina	Disimilar
13o	Níspero	Coca Cola	Níspero	2 similares (herbolaria)

En nuestro caso se detectaron:

A) Rangos similares en dos grupos, que consideramos como conceptos con cierta penetración intergrupar y que pueden usarse como puentes de entendimiento sanitario intergrupales: reposo (2o), dieta (6o), chaya (8o) y níspero (13o).

D) Conceptos disímiles pero que corresponden al mismo grupo y podrían usarse como "homólogos": mandarina, zapote blanco y alpiste (10o).

Por otra parte, se observa que ciertos conceptos pierden relevancia en el tiempo (no útiles para grupos más jóvenes) y otros que la ganan; pierden relevancia, lo cual podría traducirse como una pérdida histórica de una terapéutica útil o un incremento de la medicalización: chaya (1o, 8o y 8o) y

alpiste (3o, 4o y 10o); ganan relevancia, una medida terapéutica y dos higiénicas: zapote blanco (11o, 10o y 6o); alimentación (7o, 2o y 1er), y dieta (6o, 6o, y 3o).

Rangos ordenados según calor o frialdad inherente

Para el tratamiento preguntamos si la terapéutica en cuestión era fría = 0, o caliente = 1; las claves de consenso obtenidas en las tres generaciones son las siguientes:

Tratamiento	50 y más años	30 a 49 años	15 a 29 años
Ejercicio	0	1	0
Alimentación	1	0	1
Reposo	1	0	1
Dieta	1	1	1
Coca cola	1	0	0
Níspero	1	1	1
Alpiste	1	1	0
Mandarina	1	0	0
Chaya	1	0	0
Zapote blanco	1	0	0
Arnica	0	0	1
Digital	0	1	1
Captopril	1	0	1

Nótense que:

- Sólo hay dos similitudes intergrupos: el níspero, caliente, y la dieta, también caliente.
- En tratamiento higiénico-dietético los grupos extremos coinciden.
- En cuanto a herbolaria, los grupos más jóvenes tienden a opinar igual.

El análisis QAP realizado entre las estructuras de las matrices de proximidades agregadas nos muestra lo siguiente:

Asociación	Entre	Correlación	Desv. std.	Valor de p	Gamma
50 y más	30 a 49 años	0.765	0.114	<0.0000	17.455
50 y más	15 a 29 años	0.731	0.115	<0.0000	15.804
30 a 49	15 a 29 años	0.759	0.111	<0.000	16.727

Los valores "r" encontrados nos llaman la atención, porque indican asociación significativa entre las matrices agregadas de todos los grupos, lo cual podría hablar a favor de configuraciones cognitivas similares, probablemente reproducidas a lo largo del tiempo en los tres grupos estudiados, como un solo dominio cultural: el del tratamiento de la enfermedad, influenciado por la acción medicalizante de nuestro sistema sociocultural.

Grupos	Núcleos cognitivos por jerarquía
50 y más años	Arnica-chaya (1), Níspero-zapote (2), Digital-captopril (2), Alimentación-dieta (3), y Ejercicio-reposo (6)
30 a 49 años	Alpiste-chaya (2), Níspero-mandarina (2), Digital-captopril (1), Alimentación-ejercicio (3) y Zapote-arnica (2)
15 a 29 años	Arnica-chaya (1), Níspero-zapote (3), Digital-captopril (1), y Alimentación-ejercicio (1)

(#) = nivel en los agrupamientos jerarquizados de Johnson.

El núcleo que persiste intergrupalmente, y en los dos primeros lugares, es el de los medicamentos, digital y captopril, aunque en lo individual los remedios herbolarios e higiénico-dietéticos, como la chaya, el níspero, el zapote blanco, la alimentación y el ejercicio, se presentan a través del tiempo en los tres grupos estudiados.

Lo anterior nos habla de la fuerza del modelo médico hegemónico, medicalizador de la enfermedad, en el que la hipertensión arterial no es la excepción; sin embargo, el dominio cultural de los grupos estudiados nos hablaría también de un apego a la tradición herbolaria y al reconocimiento de medidas generales para mejorar el estilo de vida.

Grupo de 15 a 29 años

Complicaciones

Correlaciones entre cada persona y matriz agregada del grupo

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Correlación</u>
Mayra	20	0.643
Omar	18	0.643
Alberto	29	0.643
Ivonne	26	0.551
Arcelia	21	0.443
Fabián	15	0.338
Sandra	21	0.277
Raúl	17	0.276
Fernando	25	0.225
Rubén	27	0.182
Rosalba	19	0.075

El rango de las correlaciones oscila entre 0.643 y 0.075 (amplitud de 0568). La correlación de Spearman para valores de correlacion persona-matriz agregada respecto a edad, es bajísima: 0.004, lo cual señala que no hay asociación entre edad y valores obtenidos por cada informante.

Consenso

Respecto al consenso grupal encontramos una pseudoconfiabilidad = 0.814.

Los valores para determinar el consenso alrededor de un solo factor nos dan una razón superior a tres:

<u>Factor</u>	<u>Valor</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulativo</u>	<u>Razón</u>
1	4.276	65.0	65.0	3.476
2	1.230	18.7	83.6	1.143
3	1.076	16.4	100.0	-----
<hr/>				
Total	6.583	100.0		

Este resultado nos habla de que en este grupo hay consenso alrededor de un solo factor en relación con las complicaciones consideradas para la hipertensión arterial.

Conocimiento estimado para cada informante

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Conocimiento</u>
Omar	18	0.93
Alberto	29	0.93
Mayra	20	0.93
Ivonne	26	0.71
Raúl	17	0.65
Sandra	21	0.58
Arcelia	21	0.54
Fernando	25	0.27
Rosalba	19	0.19
Fabián	15	0.04
Rubén	27	0.03
Promedio		0.527
Desv. std.		0.333

El rango de conocimiento varía de 0.93 a 0.03 (amplitud de 0.90). La correlación de Spearman entre edad y valores de conocimiento individuales es de 0.04 (muy baja).

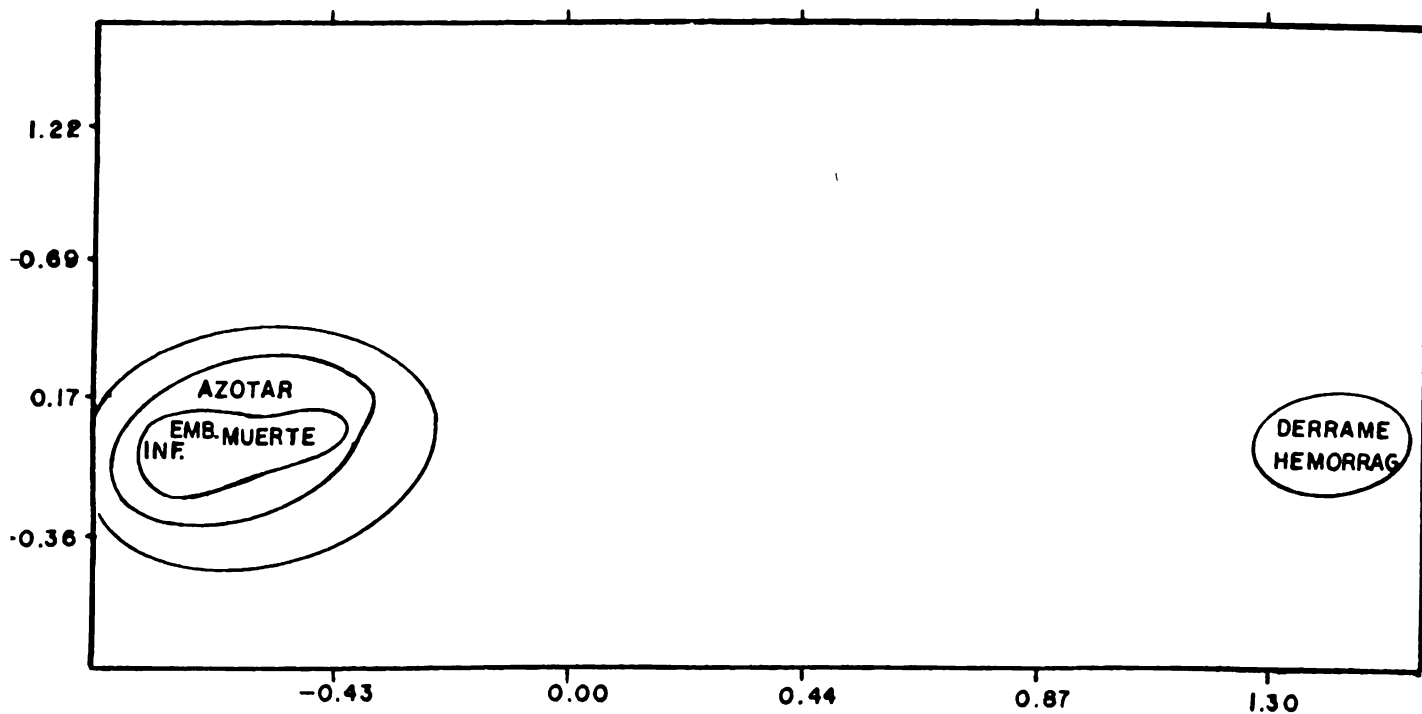
Lo anterior nos habla de un dominio cultural generalizado y enraizado en el grupo, ya que debido a que hay consenso grupal, pero no correlación de éste con

la edad, el consenso sobre las complicaciones de la hipertensión arterial se adquirió a temprana edad.

**Jerarquización de Agregados de Johnson de las COMPLICACIONES
para el grupo de 15 a 29 años.**

	E A I M D H
	M Z N U E E
	B O F E R M
NIVEL	3 1 2 4 5 6
<hr/>	<hr/>
0.6364	. . XXX . .
0.5455	. . XXX XXX
0.4848	. XXXXX XXX
0.4091	XXXXXXXX XXX
0.2121	XXXXXXXXXXXX

Representación Multidimensional de las complicaciones
del grupo de 15 a 29 años



En ambos esquemas se integran dos agrupamientos opuestos: uno que incluye las díadas infarto-muerte, y otro, derrames en los ojos-hemorragias, en una dimensión que interpretamos va de lo mortal a no mortal.

El estrés requerido para obtener el escalamiento multidimensional del consenso grupal se logró con un valor muy bajo, de 0.010 para dos dimensiones.

Grupo de 30 a 49 años

Complicaciones

Correlaciones entre cada persona y matriz agregada del grupo

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Correlación</u>
Ana	30	0.789
Leticia	44	0.762
José	41	0.762
Hugo	37	0.670
Teresa	46	0.670
Yolanda	36	0.639
Isabel	42	0.417
Raúl	49	0.417
Guadalupe	43	0.400
Vicente	37	0.391
M. Gpe	49	0.140

El rango de conocimiento individual y la matriz agregada varía de 0.789 a 0.140 (amplitud de 0.689). La correlación entre edad y valores obtenidos individualmente, mediante la técnica de Spearman, es de -0.50, no concluyente de asociación.

Consenso

Respecto al consenso del grupo encontramos una pseudoconfiabilidad = 0.860.

Los valores para determinar el consenso alrededor de un solo factor **no** nos dan una razón superior a tres:

Factor	Valor	Porcentaje	Acumulativo	Razón
1	4.645	58.5	58.5	2.241
2	2.072	26.1	84.6	1.696
3	1.222	15.4	100.0	-----
<hr/>				
Total	7.939	100.0		

Estos valores y la razón menor a tres nos revelan que existe un solo factor alrededor del cual se consensan las complicaciones de la hipertensión arterial.

Conocimiento estimado para cada informante

Nombre	Edad	Conocimiento
José	41	0.88
Leticia	44	0.88
Ana	30	0.85
Hugo	37	0.75
Teresa	46	0.75
Yolanda	36	0.75
Guadalupe	43	0.56
Vicente	37	0.49
M. Gpe.	49	0.29
Isabel	42	0.17
Raúl	49	0.17
Promedio		0.593
Dsv. std.		0.265

El grupo presenta un rango que va de 0.88 a 0.17 (amplitud de 0.71). La correlación de Spearman entre edad y conocimiento fue de -0.51, aunque no concluyente de asociación, nos habla de que en este grupo de edad, sobre todo después de los cuarenta, se presenta un cambio de consenso, que provocó eigenvalues bajos en nuestra investigación; este cambio lo considero a la experiencia particular de tipo específico, *v. gr.*: contacto con enfermos complicados, desarrollo o no de la enfermedad en ellos mismos, toma de

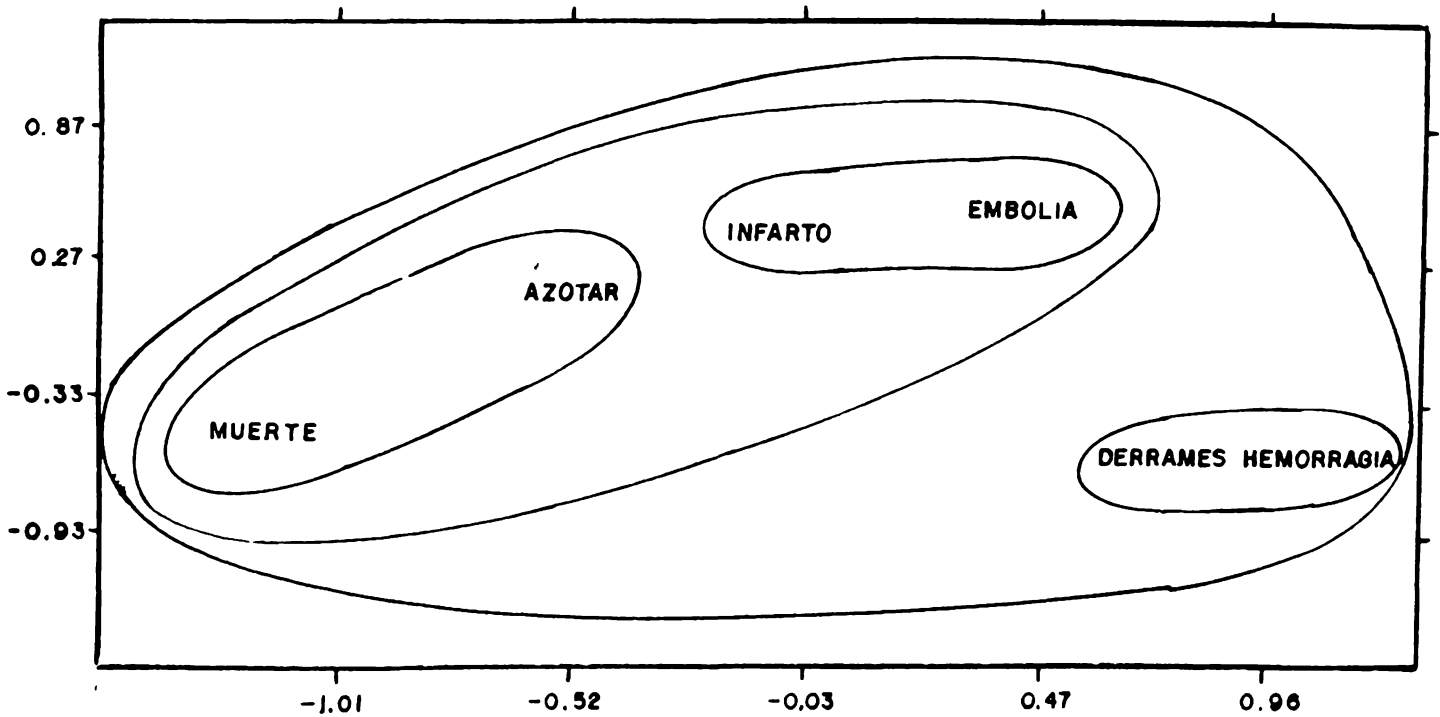
conciencia de entrar a una edad de mayor riesgo, etcétera, es decir, aquí se pueden dar los mecanismos de manejo de un estigma en adultos, señalados por West (Scrambler, 1990), el de negación de la realidad, el evitar situaciones de exposición social al riesgo, o el ocultamiento parental, mecanismos que deben tenerse muy en cuenta en la prevención de las complicaciones, ya que las acciones derivadas de este manejo nos pueden dar, según Scheneider (citado en Scrambler, 1990), ocultamiento de la enfermedad, a nivel confidencial o comunicación abierta con fines educativos.

**Jerarquización de Agregados de Johnson de las COMPLICACIONES
para el grupo de 30 a 49 años.**

I E A M D H
N M Z U E E
F B O E R M

NIVEL	2 3 1 4 5 6
0.9091	XXX
0.7273	XXX . . XXX
0.6364	XXX XXX XXX
0.3333	XXXXXXXX XXX
0.1717	XXXXXXXXXXXX

Representación Multidimensional de las complicaciones
del grupo de 30 a 49 años



En los esquemas se delinea un solo núcleo cognitivo, que corresponde, por un lado, a la díada infarto-embolia (elementos centrales) y a derrames en los ojos y hemorragias y azotar-muerte. Nuestra interpretación es que en este grupo se presenta un reacomodo con base en la gravedad del problema, es decir, entre las complicaciones graves mortales y las que, aunque son graves (como el infarto y la embolia), no necesariamente son mortales, mediadas ambas por las complicaciones hemorrágicas.

El estrés requerido para obtener el escalamiento multidimensional del consenso grupal se logró con un valor muy bajo <0.000 para dos dimensiones.

Grupo de 50 a más años

Complicaciones

Correlaciones entre cada persona y matriz agregada del grupo

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Correlación</u>
Natalia	82	0.851
Esperanza	69	0.851
Margarito	73	0.851
Amparo	72	0.723
Fidel	70	0.723
Teresa	67	0.521
Joaquín	71	0.498
Isaura	79	0.317
Anastasia	76	0.265
Carmen	64	0.215
Dolores	60	0.215
Romanita	69	0.159
Martha	62	0.120

El rango de las correlaciones oscila entre 0.851 y 0.120. (amplitud de 0.731). La correlación edad y valores individuales fue de 0.29, baja para considerar la posibilidad de asociación.

Consenso

Respecto al consenso del grupo encontramos una pseudoconfiabilidad = 0.854.

Los valores para determinar el consenso alrededor de un solo factor nos dan una razón superior a tres:

<u>Factor</u>	<u>Valor</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Acumulativo</u>	<u>Razón</u>
1	5.259	67.5	67.5	3.633
2	1.447	18.6	86.1	1.338
3	1.081	13.9	100.0	-----
<hr/>				
Total	7.87	100.0		

Estos valores y la razón mayor a tres indican que existe un factor alrededor del cual se consensan las diferentes complicaciones de la hipertensión arterial.

Conocimiento estimado para cada informante

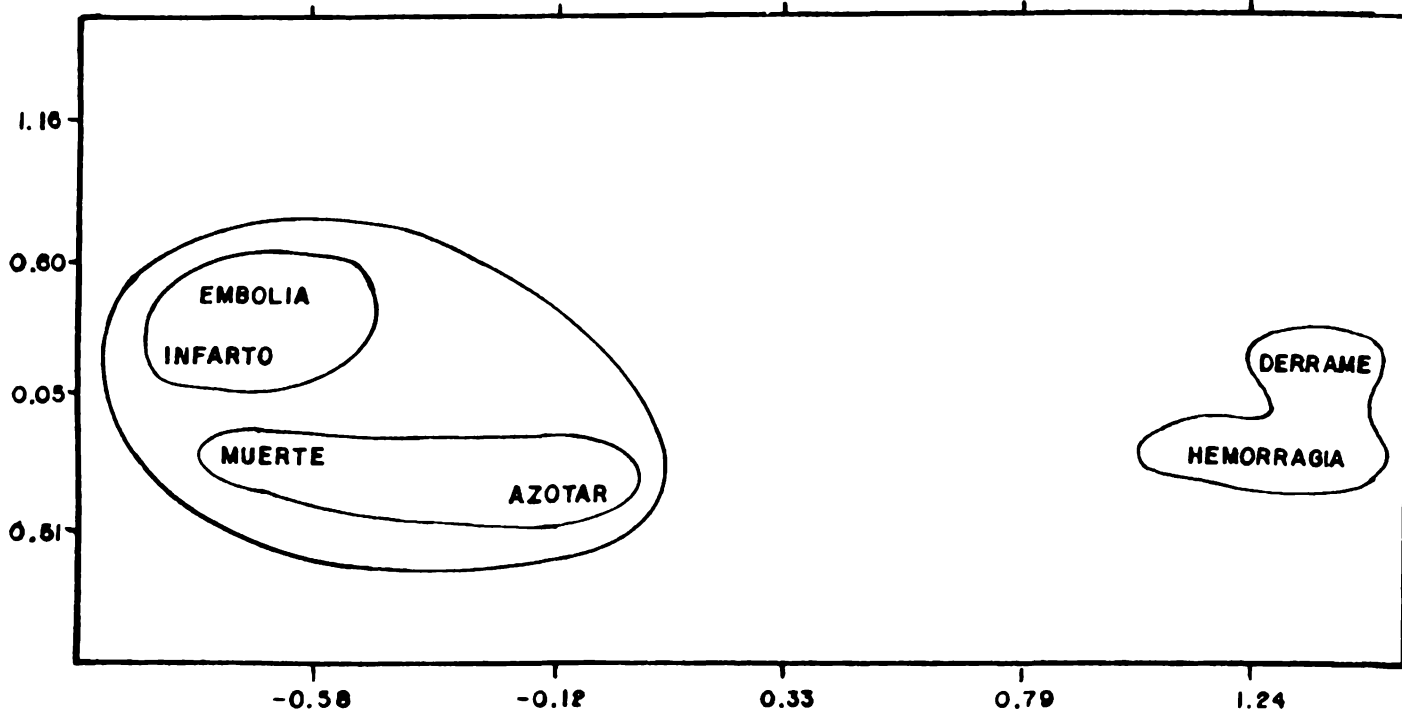
<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Conocimiento</u>
Margarito	73	0.98
Natalia	82	0.98
Esperanza	69	0.98
Fidel	70	0.81
Joaquín	71	0.72
Amparo	72	0.56
Teresa	67	0.55
Dolores	60	0.41
Isaura	79	0.46
Carmen	64	0.39
Martha	62	0.21
Anastasia	76	0.09
Romanita	79	0.07
Promedio		0.555
Dsv. std.		0.311

El grupo presenta niveles que varían de 0.98 a 0.07 de consenso (amplitud de 0.91); nótese, además, que estos consensos son los más altos obtenidos por grupo alguno, debido en parte al menor número de ítems analizados por los entrevistados. La correlación de Spearman entre edad y conocimiento individual es muy baja, 0.08, lo cual indica un consenso fijado en la edad, posteriormente a los cincuenta años.

**Jerarquización de Agregados de Johnson de las COMPLICACIONES
para el grupo de 50 a más años.**

	I	E	A	M	D	H
	N	M	Z	U	E	E
	F	B	O	E	R	M
NIVEL	2	3	1	4	5	6
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
0.9231	XXX	.	.	.	.	.
0.6154	XXX	XXX	XXX			
0.3846	XXXXXXXX	XXX				
0.2507	XXXXXXXXXXXX					

Representación Multidimensional de las Complicaciones
del grupo de 50 y más años



Al igual que en los menores de treinta años, en los dos esquemas se perfilan dos núcleos, que corresponden, por un lado, a complicaciones hemorrágicas y, por otro, a complicaciones graves y mortales. La dimensión fluye de las complicaciones hemorrágicas, pasando por las graves incapacitantes a las mortales, es decir, hay un *continuum* dimensional lógico.

El estrés requerido para obtener el escalamiento multidimensional del consenso grupal se logró con un valor de <0.000 para dos dimensiones.

Comentario general

De acuerdo con los resultados obtenidos en los tres grupos se puede considerar lo siguiente: los tres grupos, aunque presentan rangos de valores de correlación entre cada persona y la matriz agregada correspondiente, incrementales para cada grupo, en la de Spearman sólo se detectó una r de -0.50 en el grupo de 30 a 49 años, lo que apoya los comentarios hechos respecto a que este grupo es crucial en la formación de cambios en las matrices sociales de consenso de la hipertensión arterial.

Así, el grupo de 30 a 49 años, a pesar de su mayor confiabilidad y promedios de conocimiento en su consenso (0.860 y 0.593), no presenta uno en torno a las complicaciones; no así los grupos de 50 y más años (0.854 y 0.555), y el de 15 a 29 (0.814 y 0.527) los cuales presentaron una razón de "eigenvalues" superior a tres, que indica que las complicaciones mostradas en el sorteo de montones, en estos grupos extremos, sí están consensadas a través de un factor, es decir, las complicaciones de la enfermedad están interpretadas unidimensionalmente, lo cual se expresa por el *continuum* complicaciones hemorrágicas-graves incapacitantes y mortales que tiende a ordenarse lógicamente en el grupo mayor.

Rangos ordenados de complicaciones por su gravedad según grupo de edad

Rango	Mayores de 50 años	De 30 a 49 años	Menores de 30 años	Comentario
1o	Infarto	Infarto	Muerte	2 similares (daño grave)
2o	Embolia	Embolia	Infarto	2 similares (daño grave)
3o	Muerte	Muerte	Embolia	2 similares (pérdida de vida)
4o	Derrames en los ojos	Azotar	Azotar	2 similares (perd. de conc.)
5o	Hemorragias	Hemorragias	Hemorragias	3 similares
6o	Azotar	Derrames en los ojos	Derrames en los ojos	2 similares (perd. de conc.)

En el caso de las complicaciones se observan:

A) Rangos similares en los tres grupos: los interpretamos como conceptos que se comparten y no han cambiado a través de las generaciones, lo cual puede aprovecharse para mensajes sanitarios de tipo general para grupos de edad indistintos: hemorragias (5o lugar).

B) Rangos similares en dos grupos: que consideramos como conceptos con cierta penetración intergrupar y que pueden usarse como puentes de entendimiento sanitario intergrupales: infarto (1er lugar), embolia (2o), muerte (3er), azotar (4o) y derrames en los ojos (5o).

Conceptos que pierden relevancia con el tiempo: infarto (1o, 1o y 2o lugares); embolia (2o, 2o y 3er) y derrames en los ojos (4o, 6 y 6o).

Ganan relevancia: azotar (6o, 4o y 4o) y muerte (3er, 3er y 1er).

Estos últimos resultados deben verse con cierta relatividad en función de la experiencia de cada grupo.

El análisis QAP entre las estructuras de las matrices de proximidades agregadas nos muestra lo siguiente:

Asociación	Entre	Correlación	Desv. std.	Valor de p	Gamma
50 y más	30 a 49 años	0.762	0.282	0.018	5.385
50 y más	15 a 29 años	0.814	0.289	0.004	4.517
30 a 49	15 a 29 años	0.623	0.278	0.044	4.579

Los valores "r" encontrados para el grupo de cincuenta y más años indican una asociación estadísticamente significativa entre las matrices agregadas contrastadas, lo cual podría hablar a favor de configuraciones cognitivas afines, donde el grupo de mayor edad presenta el mayor dominio cultural de las complicaciones, por padecerlas o mayor probabilidad de ser afectados.

Grupos	Núcleos cognitivos por jerarquía
50 y más años	Infarto-embolia (1), Azotar-muerte (2), Derrames en los ojos-hemorragias (2)
30 a 49 años	Infarto-embolia (1), Azotar-muerte (3), Derrames en los ojos-hemorragias (2)
15 a 29 años	Infarto-muerte (1), Derrames en los ojos-hemorragias (2)

(#) = nivel en los agrupamientos jerarquizados de Johnson.

El núcleo de díadas que persiste intergrupalmente es el de derrames en los ojos-hemorragias, y de manera individual el infarto.

Lo anterior se interpreta como una representación social de la hipertensión relacionada más con la fuerza de la sangre como productora de complicaciones hemorrágicas, que serían las mediadoras entre las complicaciones graves mortales y no necesariamente mortales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berlin, B y P. Kay (1969) *Basic Colors terms*. Berkeley: University of California Press.
- Bolstanky, L. (1977) *El descubrimiento de la enfermedad*. Buenos Aires: Ciencia Nueva.
- Borgatti, S. P. (1992) *ANTHROPAC 4.0*. Columbia: Analytic Technologies.
- Bousfield, W. A. (1953) "The occurrence of clustering in the free recall of random arranged associates", *Journal of General Psychology*, núm. 49, pp. 229-240.
- Fábrega, H. Jr. (1970) "On the specificity of folk illness", *Southwestern Journal of Anthropology*, núm. 26, pp. 305-314.
- Foster, G. M. (1979) "Methodological problems in the study of intracultural variations: The hot/cold dichotomy in Tzintzuntzan", *Human Organization*, 38 (2), pp. 179-183.
- Frake, C. O. (1961) "The diagnosis of disease among the subanun of Mindanao". *American Anthropologist*, núm. 63 (1), pp. 113-132.
- Goodenough, W. (1956) "Componential analysis and the study of meaning", *Language*, núm. 32, pp. 195-216.
- Henley, N. M. (1969) "A psychological study of the semantics of animal terms", *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, núm. 8, pp. 176-184.
- Jodelet, D. (1988) "La representación social: fenómeno, concepto y teoría", en S. Moscovici. *Psicología social II. Pensamiento y vida social*. España: Paidós, pp. 470-493.

- Kay, M. A. (1977) "Health and Illness in a Mexican american barrio", en E. H Spicer. *Ethnic Medicine in the Southwest*. Tucson: University of Arizona, pp. 101-106.
- Kruskal, J. (1964) "Multidimensional scaling by optimizing goodness of fit to a nonparametric hypothesis", *Psychometrika*, núm. 29, pp. 1-28.
- Lennenberg, E. H. y J. M. Roberts (1956) "The language of experience", *International Journal of Linguistic Memoir*, núm. 13, pp. 493-502.
- Lieberman, D. y W. M. Dressler (1977) "Bilingualism and cognition of St lucian disease terms", *Medical Anthropology*, núm. 1 (1), pp. 81-110.
- Magaña, J. R. (1995) "Occupational Cognition in Three Nations", *Journal of Quantitative Anthropology*, núm. 5, pp. 149-168.
- Magaña, J. R. y D. K. Norman (1980) "Methodological inquiry into elicitation procedures: cognitive mapping and free listing", *Perceptual and Motor Skills*, núm. 51, pp. 931-934.
- Magaña, J. R. , G. W. Evans y K. Rommey (1981) "Scaling techniques in the analysis of environmental cognition data", *Professional Geographer*, núm. 33, pp. 294-301.
- Martínez Cortez, F. (1987) *La medicina científica en el siglo XIX mexicano*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Nerlove, S. B. y A. S. Walters (1977) "Pooling intra cultural variation: toward empirically based statements of community consensus", *Ethnology* , núm. 16 (4), pp. 427-441.
- Pelto, P. J. y H. G. Pelto (1975) "Intra-cultural diversity: Some theoretical issues", *American Ethnologist* , núm. 2, pp. 1 -18.

- Roberts, J. M. (1964) "The self management of cultures", en W. H. Goodenough. *Exploration in cultural anthropology*. Nueva York: Mc Graw-Hill, pp. 433-454.
- Rommey, A. K. (1989) "Quantitative models, science and acumulative knowledge", *Journal of Quantitative Anthropology*, núm. 1, pp. 153-223.
- Rommey, A. K. y R. G. D'Andrade (1964) "Cognitive aspects of the English kin terms", *American anthropologist*, núm. 66 (No. 3 pt. 2), pp. 146 - 170.
- Rose, M. D. y A. K. Rommey (1979) "Cognitive pluralism or individual differences? a comparison of alternative models of American kinship systems", *American Ethnologist*, núm. 6, pp. 752-762.
- Schutz, A. (1993) en Z. I Rodríguez M. "Hacia una fundamentación de una Sociología del Mundo de Vida", Editorial Universidad de Guadalajara, pp. 35-72.
- Scrambler, G. (1990) "Diagnóstico y enfrentamiento de enfermedades estigmatizadoras", en R. Fitzpatrick. *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura de Económica, pp. 224-249.
- Shepard, R. N. (1975) "Form, formation and transformation of internal representation", en R. L. Solso. *Information processing and cognition: the Loyola symposiun*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum, pp. 87-121.
- Weller, S. C. (1984) "Cross-cultural concepts of illness: variation and validation", *American Anthropologist*, núm. 86, pp. 341-351.
- Weller, S.C. y A. K. Rommey (1988) *Systematic data collection. Qualitative Research Methods series 10*. Sage. Newbury Park.Ca.
- Young, J. (1978) "Illness categories and action strategies in a tarascan town", *American Ethnologist*, núm. 5, pp. 81-97.

TARJETAS BRISTOL

INFARTO

EMBOLIA

ANEXO 2

NOMBRE.....
EDAD-----
DOMICILIO.....
FECHA.....

HOJA DE RESULTADOS DEL SORTEO DE MONTONES

1 2 3 4 5 6

LOGICA

6. CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

La investigación en el área de la epidemiología sociocultural de la hipertensión arterial se ha concentrado primordialmente en dos áreas: a) los determinantes sociales de la enfermedad y b) los factores individuales que inciden en la relación conducta e hipertensión arterial.

Sin embargo, ambos enfoques no han tomado en cuenta (sobre todo en nuestro medio latinoamericano) los aspectos cognitivos de dominio cultural del sujeto, en cuanto congruencia, para construir puentes entre lo biológico y lo social, lo cual refuerza la permanencia de un modelo unilineal sin mediaciones, que establece vínculos principalmente de relación causal; ello repercute en el ser y quehacer del equipo de salud que investiga y atiende a los enfermos.

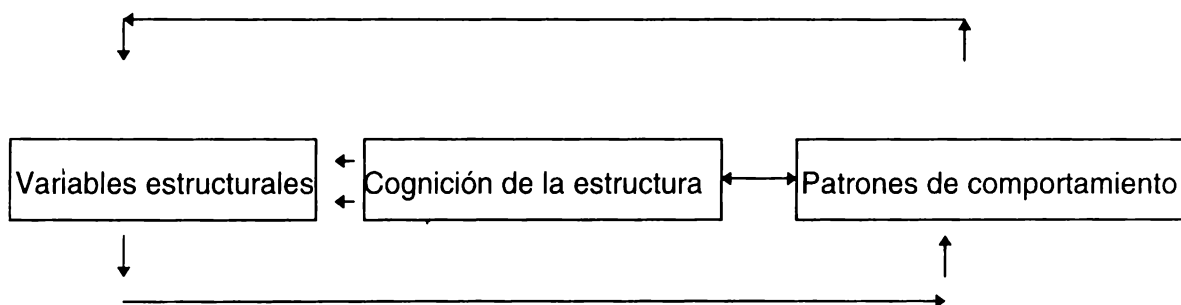


Con base en el modelo anterior, se dice que algunas personas con ciertas características o atributos (color de piel, constitución física, tipo de personalidad, etcétera) presentan altas tasas de prevalencia de hipertensión arterial (entendiéndola como un patrón de conducta adaptativa); no obstante, no todas las personas con dichas cualidades padecen la enfermedad. El estudio de la variabilidad se descuida, en términos no sólo de padecer o no una enfermedad médicamente diagnosticada, se olvida cómo la percibe el sujeto, cómo se interpreta el ambiente social y estructura esta realidad subjetiva, que se puede considerar como una epidemiología popular, socioculturalmente estructurada y estructurante, es decir, se pretende partir, pero más allá de lo que Durkheim señalaba, donde el individuo es dominado por una realidad moral mayor a él mismo la realidad colectiva: (Durkheim, 1983).

Así, las categorías y variables usadas para este tipo de análisis se refieren principalmente a las que se relacionan con estructuras sociales, *v.gr.*: posición socioeconómica, raza, sexo, edad, incongruencia de *status*, ocupación, movilidad social. En general, se les otorga una gran influencia en la enfermedad (Henry y Cassell, 1969), ya que sugieren que la hipertensión aparece más en sociedades con cambios recientes en sus estructuras sociales; en ellas los individuos enfrentan situaciones que producen estímulos de diversa índole y resultan en comportamientos como la hipertensión arterial.¹ En estos estudios poco se dice de la mediación de la cognición social.

Por otra parte, en muchos estudios psicosociales se parte del enfoque conductista de estímulo-respuesta, donde las variables usadas incluyen características de la personalidad, manejo de emociones y la hostilidad; algunos autores hablan de “adaptación”, “enfrentamiento”, etcétera, lo que descontextualiza al individuo histórica y culturalmente.

De acuerdo con lo anterior, nuestra apuesta investigativa va en el sentido de aportar una pieza más para propiciar un enfoque mediador (Sthal y cols., 1975; Zemelman, 1992), que enriquezca el conocimiento epidemiológico sociocultural de la hipertensión arterial, y así complejizar el modelo unilineal prevaleciente, sobre todo en las ciencias de la salud pública, de tal manera que podamos llegar a estructurar el modelo siguiente:



¹ Entendida, en términos biomédicos, como la razón persistentemente desfavorable entre el gasto cardiaco, la resistencia periférica y la viscosidad sanguínea, donde el aparato cardiovascular trabaja con presiones por encima de lo que fisiológicamente se considera “normal” (adaptado de Lund-Johansen, 1983).

La ventaja de desarrollar modelos mediadores es se obtiene una mejor y mayor explicación y comprensión del proceso salud-enfermedad no sólo de la hipertensión arterial, sino de ciertas enfermedades crónicas, de tal forma que se enriquecen nuestros dispositivos teóricos y prácticos para la atención de la salud poblacional, en cuanto enfermedad y salud.

Esto tiene implicaciones importantes, porque se parte del supuesto de que tanto la hipertensión arterial como otras enfermedades crónicas² presentan configuraciones socioculturales similares, sin que esto excluya características singulares para cada grupo de afectados, es decir, sin dejar de reconocer la variabilidad de una misma patología, en función de las personas, grupos y contextos temporo-espaciales más amplios. Los modelos mediadores facilitan la comprensión teórica de la problemática humana y, también, su atención comprensiva desde diferentes disciplinas en beneficio de la población.

Y es que en las enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, además de los mecanismos fisiopatológicos propios, existen aspectos psicoculturales, con repercusión social importante, que no se han tomado en cuenta para la aplicación de programas de atención; por ejemplo, el hecho de que la misma enfermedad pasa a formar parte del *self* del paciente o no paciente, de aquí que esta adaptación humana sea una adaptación cultural (Heurtin-Roberts, 1993), un "micro" cambio cultural, donde el mundo de vida en que se desarrollan las personas (con y sin enfermedades crónicas) está constituido, entre otros, por conceptos y modelos de la salud-enfermedad que devienen simbólicamente en un mundo mítico de enfermedad y sanación, cristalizado en la cotidianidad de cada

² Sthal y cols. (1975) señalan que este tipo de modelos puede ser útil para estudiar enfermedades agudas y crónicas, como la úlcera péptica, colitis ulcerosa, artritis reumatoide, enfermedad mental, ciertas afecciones dermatológicas. En nuestra experiencia se aplican también con éxito para enseñar, investigar, y atender problemas muy nuestros, como la *diabetes mellitus* y las dorsopatías, que hoy son de los más severos problemas de las instituciones de salud mexicanas.

persona, o grupo, que a su vez lo poseen como capital cultural para defensa del codiciado campo de la atención.

Cabe señalar que los conceptos anteriores rebasan el modelo explicativo de Kleiman --usado en la discusión de la cultura simbólica de salud e influenciado por ese mundo mítico--, ya que éste da cuenta sólo de una parte de ese mundo de vida de la enfermedad crónica. Aunque estas explicaciones sumadas se han usado como representaciones de la enfermedad, un modelo de epidemiología popular es una expresión más diversa y compleja.

En los estudios cognitivos de la hipertensión se ha destacado la concepción popular de dos entidades: la "hiper-tensión y la alta presión" (Heurtin-Roberts, 1993), las cuales se confunden con la entidad biomédica hipertensión arterial; si bien las dos primeras involucran el comportamiento de la sangre en el cuerpo humano, se considera que ellas difieren: la hiper-tensión es un malestar relacionado con los "nervios", mientras que la alta presión es de orden físico, en el que aparato cardiocirculatorio juega un papel importante.

En nuestro estudio no consideré de entrada estas entidades por dos razones: porque nuestra técnica era dejar hablar libremente a las personas entrevistadas e inducir lo menos posible sus respuestas, y porque partimos del concepto médico de hipertensión arterial, introducido en nuestro medio hace algunas décadas para determinar una entidad nosológica con características peculiares, entre las cuales destacan las cifras de presión arterial diastólica y sistólica por encima de 90/140.

Nuestra investigación se orientó a conocer cómo un concepto de cuño médico se adecua en el dominio cotidiano³ de un grupo socioculturalmente homogéneo, dividido en tres según edad, es decir, en nuestro estudio de caso la fuente originaria del concepto no era la persona, ni su grupo social, sino los representantes de la práctica especializada; sin embargo, el concepto hipertensión arterial fue retomado por las tres fuentes a través del tiempo con

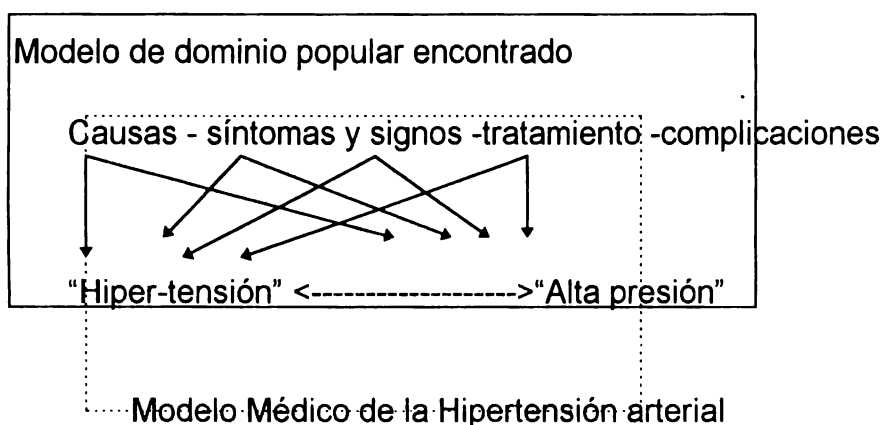
³ Esta adecuación quizás hubiera sido diferente si a la hipertensión arterial se le hubiera puesto otro nombre médico, por ejemplo: síndrome de Korotkoff.

base en experiencias particulares y redes de comunicación cada vez más medicalizadas, lo que favoreció sincretismos, que adecuaron el concepto a las circunstancias y necesidades de la población, la cual contaba con una tradición de enfermedades infectocontagiosas agudas que venían acompañando a la colonia desde el siglo pasado; una población inmersa en los modelos microbiológicos de la enfermedad, principalmente de orden unicausal, que además experimentaba cambios físicos y sociales importantes, fruto del proceso de industrialización-urbanización de Guadalajara.

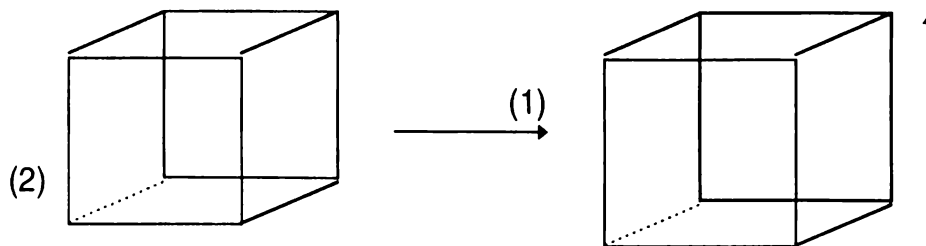
En la población de la colonia Fábrica de Atemajac el proceso de diferenciación de la hipertensión arterial, en las dos entidades folklóricas que Heurtin-Roberts señala, no se dio manera explícita, fue detectado mediante los diagramas multidimensionales elaborados con las respuestas al sorteo de montones, lo que demostró la utilidad de realizar triangulación de técnicas.

Los datos recabados en las entrevistas semiestructuradas y en las técnicas de antropología cognitiva, nos permiten abstraer y estructurar redes semánticas de las entidades superpuestas y entramadas en su modelo integrador de dominio cognitivo de la hipertensión arterial en este grupo social, que tiene su origen en el modelo médico y que corresponde a una transformación progresiva de la representación social (Warger, 1995) como se muestra a continuación:

Relación entre dominio popular y dominio médico



El modelo popular (al igual que el médico) debe entenderse en forma dinámica, como a continuación se presenta:

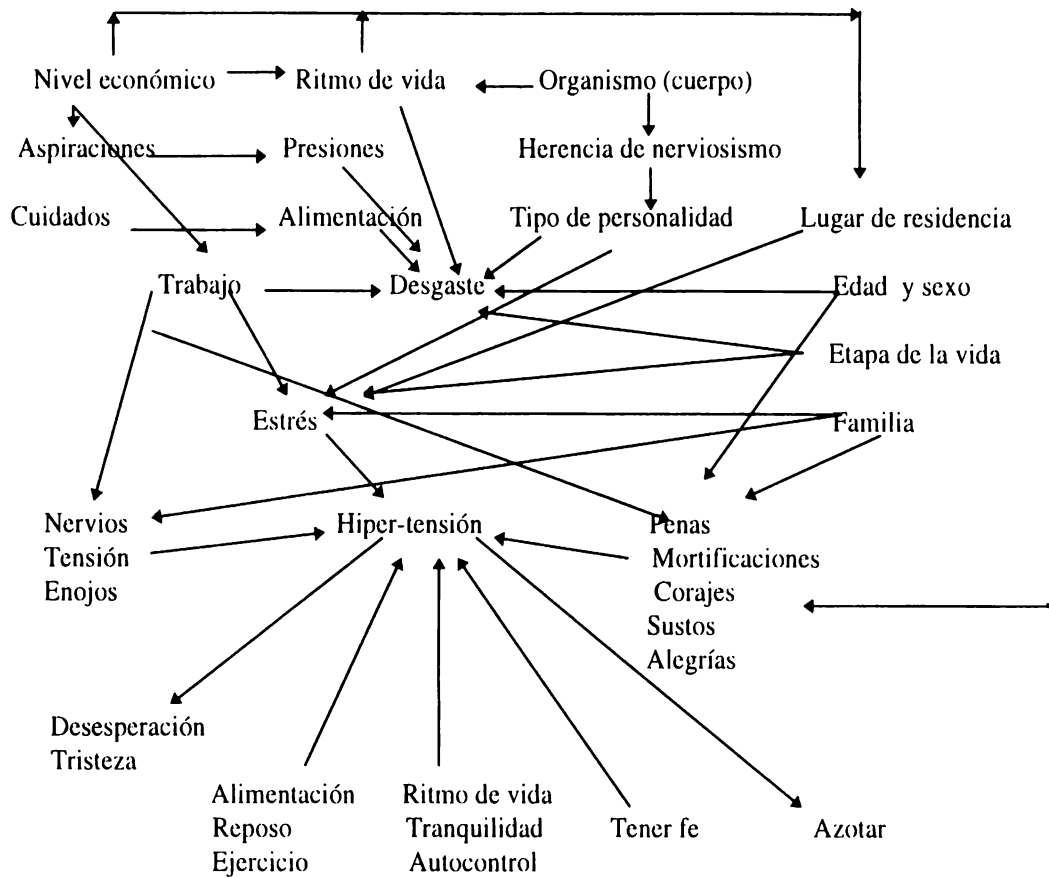


- (1) Corresponde al cambio temporal en el modelo.
(2) Corresponde al cambio intragrupal en el modelo.

Esta transformación progresiva de la representación ocurre debido a que las nuevas prácticas no son del todo contradictorias con el sistema central de representación de la enfermedad, mezclándose poco a poco el modelo unicausal mecánico y el multicausal y funcionalizado, que divide la realidad en interna y externa.

Al hacer una abstracción de nuestros datos, integraríamos el siguiente modelo de red del dominio cognitivo para la llamada entidad folklórica “hipertensión”:

Red semántica de la “hiper-tensión”



“Hiper-tensión”, dentro del modelo de dominio cultural de los grupos estudiados, sería la cristalización popular del idioma del distress, que es más que la suma de las expresiones verbales y las representaciones cognitivas de la experiencia individual, ya que incluye fenómenos somáticos, emociones y conductas, y también el contexto y la historia social del mismo. “Hiper-tensión” es entonces un dominio cultural traslapado con el modelo de “alta presión”, que expresa problemas de interacción social.⁴

Específicamente, “hiper-tensión” sería un vehículo cultural para expresar de manera simbólica, nuestras emociones negativas, como corajes, penas, mortificaciones, sustos, etcétera, en parte para canalizar socialmente de manera

⁴ De manera específica son problemas de interacción entre el *self* y su ambiente conductual, particularmente con el área social, ya que las fuentes de distress se dan en las redes sociales, sobre todo familiares y laborales.

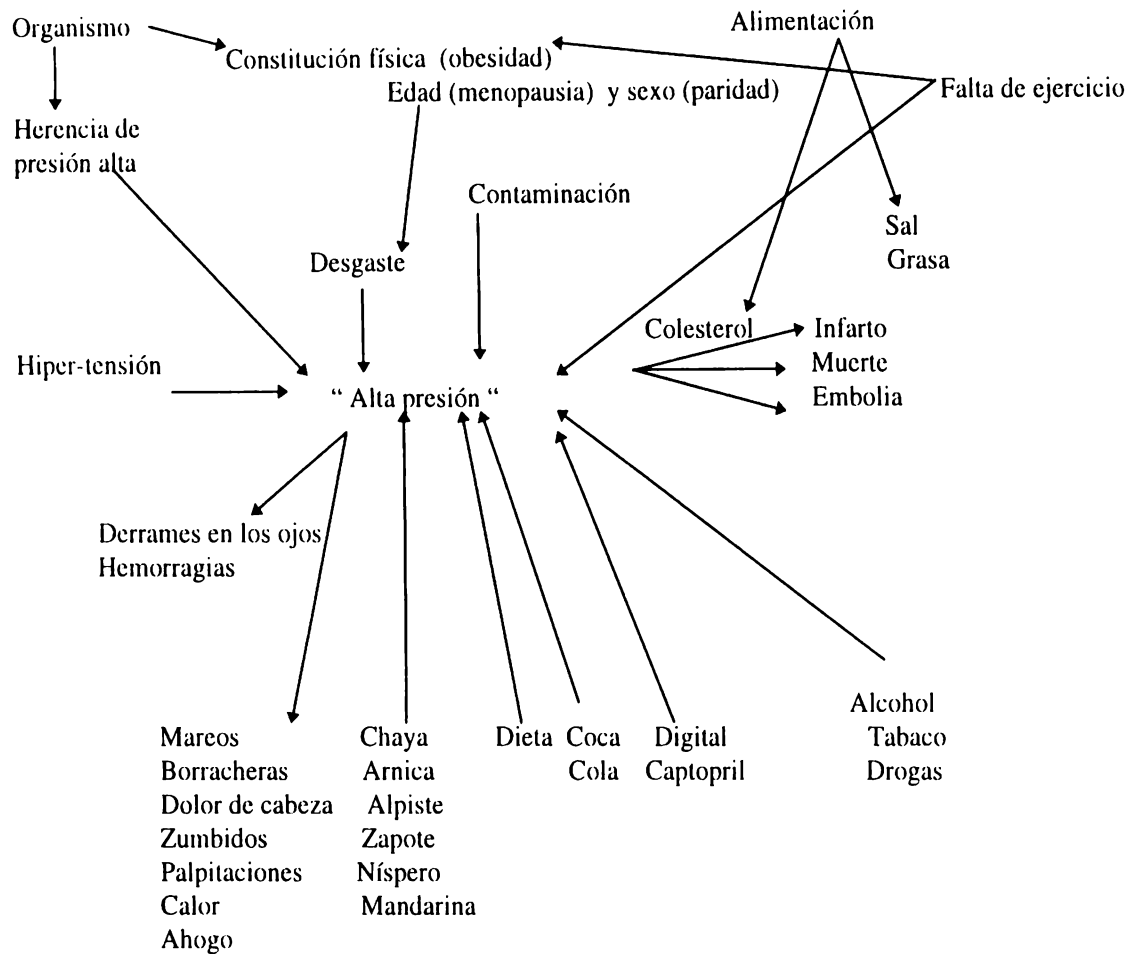
aceptable los comportamientos y emociones que atentan contra los valores, costumbres o tradiciones de los individuos, los grupos o la sociedad en su conjunto. Otra función compatible sería para expresar las transformaciones en la vida cotidiana producto de cambios biológicos, como la menopausia y el climaterio; o de tipo social, como la jubilación o el nivel de incompetencia en el trabajo, o bien los producidos por el desarrollo social; de esta manera, la hipertensión puede ser usada para definir el conflicto y manejar la interacción social, como una herramienta para reorganizar a largo plazo la vida (no sólo del enfermo, también de sus contemporáneos y sucesores), favoreciendo o no cambios, coerciones, adquisiciones, etcétera, en términos crónicos.

Las implicaciones de lo antes expresado, sobre todo en el área de salud pública, en los campos educativo y de atención, son importantes ya que se debe considerar que si se pierde la enfermedad, se pierde este medio de expresión e instrumentación de la realidad subjetiva; esto no quiere decir que queramos, tanto nosotros como el paciente hipertenso (o crónico), la enfermedad, pero como existe, hay que hacer uso cultural de ella, sobre todo si crónica o grave.

De aquí que no debemos olvidar los orígenes sociales de la enfermedad para pensar soluciones de fondo (nótese que los fármacos tranquilizantes no fueron considerados por la población estudiada), y entre ellas están los propios recursos del mundo de vida del paciente (ambiente conductual para otros), aprendiendo con y de la gente estrategias para afrontar problemas crónicos y la propia enfermedad; en este caso el modelo de dominio popular encontrado puede ser uno de estos recursos.

Tenemos el complemento de nuestro modelo con la:

Red semántica de la “alta presión”



Además de lo que la gente cree sobre la problemática del distress y la génesis de la “hiper-tensión”, un buen número de personas consideró el modelo anterior de “alta presión” como viable; las causas, síntomas y complicaciones fueron objetivadas en cuanto agentes de enfermedad, como la sal, la contaminación, el colesterol, o conductas negativas, tabaquismo, sedentarismo; factores que deterioran el aparato cardiocirculatorio, a manera de una maquinaria

que no tiene el mantenimiento adecuado. Por eso la atribuyen a personas mayores de edad, cuyo padecimiento se debió a la “hiper-tensión” o a conductas erróneas que favorecen ese descuido, esa pérdida de equilibrio, que redundan en un daño físico, palpable, demostrable al paciente y a los demás, cual pírrica victoria de su adecuación cultural, para la que la muerte física es preferible a la social que pueden ocasionar los estados de invalidez provocados por un infarto cardiaco o cerebral extensos, o por la desesperanza originada por falta de cura, como la lograda para las enfermedades infecciosas que antaño afectaban la población de la colonia.

Los resultados del análisis de consenso demuestran no sólo que el conocimiento sobre hipertensión arterial es compartido entre los grupos estudiados, también que los items son centrales en su construcción, lo cual nos permitió delinear un modelo de epidemiología popular de la enfermedad (que denominaremos “presión arterial alta”), en el cual la población de la colonia la considera un proceso que sube y baja y contiene *per se* una fuerza con capacidad de daño a ciertos órganos, como el corazón, el cerebro, los ojos y la nariz, mediante el estallamiento de las “venas”. La “presión arterial alta” se consideró como una fuerza que actúa hacia adelante y arriba, de ahí su potencial de daño cuando el continente no es lo suficientemente fuerte para tolerar las alzas de la presión sanguínea.

Lo antes dicho nos lleva a considerar en el modelo de epidemiología popular:

1. Como causalidad, en el proceso de instauración de la “presión arterial alta”, secuencia de un desbalance (Garro, 1988) crónico o agudo: de orden psíquico (hiper-tensión) o por ciertas conductas relacionadas con hábitos higiénicos y dietéticos; de ahí la importancia del concepto de equilibrio o balance: las fuentes del desbalance o desequilibrio para las personas provienen del desgaste psíquico (estrés crónico, emociones negativas) u orgánico (exceso de

trabajo, multiparidad),⁵ por la alimentación inadecuada (por exceso o ritmos irregulares), por sustancias que alteran el balance corporal y que son ingeridas en los alimentos enlatados o productos de animales tratados con sustancias nocivas o aditivos, la contaminación provoca también este desequilibrio.

2. Como características de la persona afectada: persona de cuarenta a más años, gordita y nerviosa, producto de su distress, constitución física heredada, susceptibilidad a lo nervioso o problemas cardiocirculatorios, variante del concepto de debilidad orgánica.

3. Que la aparición de signos y síntomas está en razón directa del agravamiento de este desbalance y, por ende, de las alzas y bajas de la presión arterial; la afectación del equilibrio psicofísico, mareos, borracheras, desvanecimientos, desmayos y dolor de cabeza son cristalizaciones subjetivas de ese desbalance.

4. Que el tratamiento dependerá de la severidad de los síntomas y el estadio de la enfermedad, aunque en un principio siempre se tratara de manejar con el autocuidado, en el que la herbolaria y los remedios caseros juegan un papel importante.⁶

5. Que las complicaciones se perciben en dos grupos: las no fatales, como hemorragias, derrames en los ojos, y las fatales o incapacitantes, como el infarto cardiaco y la embolia cerebral, o la muerte misma.

6. El espacio favorable para el desarrollo de la enfermedad es el urbano.

7. La tendencia de la enfermedad es hacia el aumento.

8. La prevención radica en mejorar el estilo de vida y asistir frecuentemente a revisión con el médico.

9. La población demanda información de primera calidad y personalizada por parte del equipo de salud, para establecer sus propios sistemas de vigilancia.

⁵ En ningún caso, a pesar de ser una muestra donde predominaron las mujeres, se asoció la hipertensión arterial con el embarazo, más bien como resultado posterior al número de partos.

⁶ Habrá que recordar que uno o dos de cada tres hipertensos no se detectan oportunamente mediante manometría; esta situación nos mueve a considerar nuevas herramientas de sensibilidad y especificidad suficiente para hacer medicina preventiva.

Las fuentes de variabilidad del modelo de epidemiología popular descrito fueron: informantes que no estaban de acuerdo con las causas señaladas; modelos alternativos, sobre todo de corte biomédico, como el hereditario, en el cual la herencia se vio en general como susceptibilidad, aunque se empieza a hablar de genes. Cabe señalar que no hubo una sola referencia a la magia o la hechicería como fuente de alta presión.

Aspectos pendientes

Considero que se requiere:

1. Aplicar estos conceptos en otras enfermedades crónicas en particular, y en la enfermedad en general, de tal manera que se puedan obtener conocimientos teórico-prácticos útiles para elaborar estrategias comprensivas y compartidas de prevención y atención de la enfermedad crónica.
2. Dar seguimiento de estos dominios para conocer la direccionalidad del cambio cultural del proceso salud-enfermedad-atención en nuestro medio.
3. Realizar estudios similares en otros grupos con fines de contrastación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Durkheim, E. (1983) *El suicidio*. México: Editorial Nuestros Clásicos/ UNAM, pp. 55-72.

Garro, I. (1988) "Explaining high blood pressure: variation in knowledge about illness", *American Ethnologist*, núm. 15, pp. 98 -119.

Henry J. y J. Cassel (1969) "Psychological factors in essential hypertension: recent epidemiologic and animal experimental evidence", *American Journal of Epidemiology*, vol. 90, núm. 3, pp. 171 -199.

Heurtin-Roberts, S. (1993) "High-pertension; The uses of chronic folk illness for personal adaptation", *Social Science and Medicine*, vol. 37, núm. 3, pp. 285 - 294.

Lund-Johansen, P. (1983) "The hemodynamics of essential hypertension", en J. Robertson. *The Handbook of Hypertension*, vol. I, pp. 151-173. Amsterdam: Elsevier Science.

Sthal, S. y cols. (1975) "A model for the social sciences and Medicine: The case of Hypertension", *Social Science and Medicine*, vol. 9, núm. 38, pp. 31-38.

Warger, W. (1995) "Description, explanation and method yn social representation research", *Papers on Social Representations*, vol 4, núm. 2, pp. 156-176.

Zemelman, H. (1992) *Los horizontes de la razón. Dialéctica y apropiación del presente*. Barcelona: Anthropos, pp. 183-232.