



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas,
Odontológicas y de la Salud

Ciencias Sociomédicas
Doctorado en Antropología en Salud

La vida cotidiana de personas diagnosticadas con hipertensión arterial
sistémica y sus familias en un pueblo originario de la Ciudad de
México

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
Dra. En Antropología en Salud
PRESENTA
María Victoria Leonor Fernández García

Tutor Principal: Dr. Roberto Campos Navarro
Facultad de Medicina
Antropología en Salud

Ciudad Universitaria, Cd. Mx. Junio, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Contenido

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1 El problema	8
1.2 Justificación	12
1.3 Objetivos:	13
1.4 Hipótesis	14
1.5 Consideraciones teóricas y conceptos centrales.....	15
1.5.1 Dimensiones de la HAS	15
1.5.2 Experiencia y significado.....	18
1.5.3 La vida cotidiana.....	21
1.5.4 Migración, muticulturalidad y salud.	23
1.6 Conceptos centrales.....	25
1.7 Revisión de la literatura desde la perspectiva de antropología médica....	27
CAPÍTULO 2. DISEÑO METODOLÓGICO	29
2.1 Fundamentación metodológica.	29
2.3 Participantes y participantes clave.....	30
2.3 Recolección de la información	32
2.4 Implicaciones éticas	32
2.5 Estrategias de investigación utilizadas.....	34
2.6 Organización y análisis de los datos.....	34
2.7 El análisis de los datos.....	35
CAPÍTULO 3. ESCENARIO NACIONAL Y LOCAL	38
3.1 La HAS en el contexto nacional.	38
3.2 La HAS en la Ciudad de México y Delegación Xochimilco.....	40
3.3 El contexto: Xochimilco y los pueblos originarios.....	42
3.4 El contexto histórico del pueblo originario donde se realizó el estudio	43
3.5 Contexto social y económico	44
3.5.1 Proceso productivo	45
3.6 Los servicios de salud	47
3.7 La chinampa y el contexto del trabajador inmigrante indígena.....	48
3.8 Contexto de participantes del Pueblo.....	52
CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	53

Los Casos.....	53
1. María:.....	53
La familia	55
La vivienda	56
2. Susana	56
La familia	60
La vivienda	61
3. Lola.....	61
La familia	62
La vivienda	62
4. Lucio.....	63
La familia	66
Vivienda.....	67
Categorías y subcategorías.....	67
Categoría	67
Subcategorías	67
Categoría: El inicio: malestares y el diagnóstico.....	68
María	68
Susana	69
Lola.....	70
Lucio.....	71
Análisis.....	71
Categoría: La vida cotidiana y sus dimensiones.	73
Entorno familiar	74
María.....	74
Susana	75
Lola.....	77
Lucio.....	78
Análisis.....	79
El malestar cotidiano.	80
María	80
Susana	81

Lola.....	82
Lucio.....	83
Análisis.....	83
El trabajo y la economía familiar	84
María	84
Susana	86
Lola.....	86
Lucio.....	88
Análisis.....	89
Categoría: El contexto como mediador de la experiencia de la enfermedad.	90
Las pastillas, la alimentación y "el ejercicio"	90
María.....	90
Susana.....	91
Lola.....	94
Lucio.....	96
Análisis.....	97
Servicios públicos y Servicios privados.....	100
María	100
Susana	101
Lucio.....	103
Lola.....	104
Análisis.....	106
Categoría: relatos de la vida social que dan cuenta de los contextos.....	107
María	108
La caída.....	108
El problema	109
Lola.....	109
La quiebra.....	109
El accidente de la nieta	109
Lucio.....	113
La crisis.....	113

Discusión.....	113
Conclusiones	117
PÁGINAS FINALES	
Cuadro 1.....	2
Figura 1.....	4
Figura 2.....	2
Figura 3.....	3
Figura 4.....	4
Figura 5.....	5
Figura 6.....	6
Figura 7.....	7
Figura 9.....	9
Figura 10.....	10
Figura 11.....	11
Figura 12.....	12
ANEXO 1	13
ANEXO 2	27
ANEXO 3	28
ANEXO 4	31

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo aborda la hipertensión arterial sistémica desde la perspectiva de quienes la padecen en contextos agrícolas y de pobreza en un pueblo originario de la Ciudad de México. La finalidad es superar en profundidad los estudios sobre "barreras" para seguir el tratamiento para la HAS, que tal como se presenta en este trabajo han sido considerados para enfrentar la no adherencia al tratamiento o bien los estudios sobre intervenciones efectivas para mejorar la adherencia, enfocados a profesionales de la salud, organización de los servicios y educación a los pacientes. A partir de la experiencia de participar en diversos estudios enfocados en la epidemiología de la HAS, en la que tuve oportunidad de escuchar las diferentes formas como las personas experimentaban su enfermedad y una serie de situaciones con respecto a su tratamiento y atención por parte de los servicios de salud, me resultó de especial interés aproximarme a la experiencia de la enfermedad en los contextos específicos de cada persona, comprender sus sentimientos, emociones, dificultades y necesidades que enfrentan a lo largo del proceso/salud/enfermedad/atención (PSEA) como parte de su vida cotidiana después de haber sido diagnosticados con HAS. En este sentido es la antropología aplicada al campo de la salud la que ofrece una mirada que incluye la perspectiva de los actores sociales y sus contextos. De la misma manera proporciona herramientas teóricas para aproximarnos al estudio de la experiencia y metodológicas para analizar los contextos. Es en este marco que el trabajo profundiza en la experiencia posterior haber sido diagnosticado con HAS y la vida cotidiana con este padecimiento para lo cual, la guía es la propuesta teórica de Good (Good, 2003), sobre el hecho de que la enfermedad afecta todas las dimensiones de la vida, a la vez que la experiencia es moldeada por los contextos de las personas, los cuales modulan los episodios de la enfermedad en tanto que estos definen la vida cotidiana. Desde esta perspectiva se postula que a través de la narrativa las personas muestran sus contextos y el papel que juegan en la experiencia de su enfermedad (Das & Das, 2007). El estudio de la vida cotidiana persigue explorar la especificidad de las circunstancias, mecanismos y

significados con los que se moldea la experiencia humana dentro de las singularidades de cada persona y su contexto, así como las acciones que genera. Para estos fines el contexto de los participantes es un pueblo originario (PO) caracterizado por ser receptor de inmigrantes indígenas de diferentes zonas del país, ofrece un espacio multicultural en el que varían los contextos de las personas según su condición de originarios o inmigrantes que comparten el espacio de las chinampas, que es el corazón productivo y cultural que da identidad a la localidad.

1.1 El problema

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es un problema de salud pública a nivel internacional, en el 2015 se estimó una prevalencia mundial estandarizada por edad de 24.1% en hombres y 20.1% para mujeres (NCD Risk Factor Collaboration, 2017). Es uno de los tres principales factores de riesgo de la mortalidad global (Lims et al., 2012) y el principal para los eventos cardiovasculares (Zhou et al., 2018), representa aproximadamente el 45% de la morbilidad y mortalidad global. En México la prevalencia nacional se incrementó a 34.1% en el 2018 (Shama et al., 2020), comparado con el 25.5% del 2016. En el 2015 la HAS fue la enfermedad crónica responsable de 18.1% del total de muertes y el principal factor de riesgo de muertes prevenibles (Campos-Nonato, 2018). Existe abundante información sobre investigaciones farmacológicas enfocadas a un tratamiento efectivo (Larochelle, et al., 2014, Peck, et al., 2013, Chrysant, 2012, Kuyper and Khan, 2014). Se estima que la mitad de las personas con HAS no controlan su presión arterial (Conn et al., 2015), entre 45.3% y 65.5% considerados con HAS resistente no siguen su prescripción (Abegaz et al., 2017) por lo cual desde la perspectiva médica la no adherencia al tratamiento tiene un papel central, además de otros aspectos que interactúan como el acceso al servicio de salud, el rol del proveedor y el tipo de tratamiento, resultan en falta de control de la presión arterial (Elliot, 2008). Ha sido ampliamente documentado en diversos países y en México que las

personas bajo tratamiento no logran un adecuado control de sus cifras de presión arterial, esto es atribuido principalmente a la falta de continuidad en el tratamiento farmacológico y no farmacológico. Al respecto se han realizado múltiples investigaciones desde diferentes perspectivas. Desde la biomédica, las causas de la falta de continuidad en el tratamiento se han abordado de dos tipos, a) relacionadas al paciente y las características de la HAS y b) las características del tratamiento (UpToDate, 2015).^a Desde la atención primaria se han analizado las causas en cuatro categorías: a) la falta de disponibilidad de la atención b) las decisiones clínicas sobre el diagnóstico y tratamiento c) la no "adherencia" del paciente al tratamiento y c) los impedimentos sociales para mantener un "estilo de vida saludable". Lo dicho hasta aquí se refiere a los análisis realizados predominantemente desde una perspectiva biomédica y positivista (Sica, 2008).

Desde otras perspectivas no biomédicas como la de salud pública, sociomédica, o bien desde la antropología médica, se han realizado a nivel internacional una amplia gama de investigaciones bajo el rubro de investigación cualitativa, enfocadas a explorar el punto de vista de las personas que han sido diagnosticadas con HAS y sus motivaciones para no seguir el tratamiento farmacológico y no farmacológico. Dentro de este enfoque se ha explorado la experiencia, los modelos explicativos de las personas y algunos aspectos de la cultura. (Beune et al., 2008, Mazzeo, 2013) Dentro de los resultados de estas investigaciones un lugar común ha sido enfatizar las diferencias entre la perspectiva de las personas comparada con la biomédica. Estas discrepancias se refieren a las causas de la enfermedad, sus manifestaciones y al tratamiento farmacológico, lo que limita la visión del fenómeno, al considerarse estas diferencias como "barreras" para que las personas sigan el tratamiento, entonces se propone la educación como solución para salvar dicho obstáculo. Ninguna de

^a **UpToDate** Se anuncia como "... el principal recurso de apoyo para la toma de decisiones médicas basado en evidencias y utilizado en más de 25.000 instituciones de todo el mundo al que se puede acceder en línea a través de cualquier computadora o dispositivo móvil conectado a Internet." Y en México es parte de la plataforma de la Facultad de Medicina de la UNAM y es una fuente de consulta inmediata para estudiantes y profesores.

estas aproximaciones cualitativas dan, cuenta de la experiencia de las personas, vinculada a sus contextos locales desde sus componentes sociales, económicos y culturales, lo cual es indispensable para comprender las dificultades que enfrentan las personas en su vida cotidiana para contender con una enfermedad crónica de las características de la HAS. Existen diferentes estudios que muestran como estas dificultades se pueden volver insuperables en poblaciones de mayor vulnerabilidad como los son los grupos indígenas y migrantes. (Malcom, 2009) Sin embargo, el reduccionismo no radica solamente en ver la falta de control centrado en el tratamiento del padecimiento crónico sin su contexto, sino también en pensar que conocer las causas de la falta de continuidad en los medicamentos ofrecerá información útil para mejorar el control de las cifras de HAS y evitar las complicaciones que resultan en un alto costo humano y económico a nivel personal, familiar y sectorial. (Arredondo & Zúñiga, 2012).

Desde una perspectiva antropológica la enfermedad se ve como dependiente de los fenómenos culturales y sociales, lo que implica según Martínez, ampliar una perspectiva que pase por la biografía, las relaciones sociales, las representaciones culturales y los procesos de economía política (Martínez, 2011a), para estos fines un punto de partida es la vida cotidiana de las personas que padecen HAS, en tanto es afectada por la enfermedad en sus diferentes dimensiones, según Good: abordar el problema (en este caso HAS) desde una aproximación fenomenológica crítica que dé cuenta de cómo la experiencia de la enfermedad está modelada por estructuras y relaciones sociales que median "los ritmos de la enfermedad y sus tratamientos" (Good, 2003) para abonar en una mejor comprensión de la enfermedad^b y de los procesos restitutos de esa vida. La experiencia de la enfermedad y sus síntomas, en la vida cotidiana se desarrolla en un contexto cultural, social y económico, por lo tanto, la narrativa de la experiencia nos habla de esos contextos. Good, hace hincapié en la lingüística y cualidades narratológicas de la narrativa (Good, 1977), pero según Das, no solo apunta a género y construcción de la trama, también muestra cómo el contexto de la narración puede influir en la forma en que la historia se organiza por lo que la

^b En este caso enfermedad no se usa a partir de las dimensiones propuestas por Kleinman, para Good la enfermedad está presente en todas las dimensiones de la vida cotidiana y habla de la enfermedad en ese contexto

autora afirma: “La experiencia de la enfermedad es el lente a través del cual tratamos de dar especificidad a las circunstancias políticas y económicas dentro de los cuales la vida de los pobres urbanos toman forma...” dando así especificidad a la pobreza del grupo en cuestión (Das & Das, 2007). Es decir, el estudio de la experiencia de la enfermedad en la vida cotidiana de las personas a través de la narrativa, no solo da una perspectiva personal de la experiencia, está organizada alrededor de eventos importantes para los individuos, de historias familiares, los tratamientos y permean las descripciones de las circunstancias materiales de vida, así como de sus contextos.

A la luz de lo anterior, este trabajo propone estudiar la experiencia y significado de padecer^c HAS en las diferentes dimensiones de la vida cotidiana de las personas y sus contextos, a partir de haber sido diagnosticadas con HAS. Tal como ha sido mencionado anteriormente, de las personas afectadas por la HAS, al igual que en otras enfermedades, la principal preocupación está en los grupos de mayor vulnerabilidad como las personas indígenas y migrantes. En este sentido el marco para estudiar la experiencia de la enfermedad desde una perspectiva de la antropología médica lo ofrece un PO de la Ciudad de México que históricamente ha sido receptor de migrantes indígenas los cuales se incorporan principalmente a la economía local trabajando en la producción de flores, plantas de ornato, medicinales y aromáticas, pero con diversas desventajas en comparación con la población originaria. Las desventajas características de la población migrante, determina una mayor frecuencia de padecer enfermedades crónicas entre ellas la HAS (Safraj et al., 2013). Específicamente en las poblaciones migrantes de zonas rurales a urbanas, se ha documentado un efecto en la presión arterial (McKay et al., 2012) por lo que es de especial interés explorar la experiencia de padecer HAS en algunos inmigrantes indígenas que llegan y permanecen en un PO con diversas desventajas sociales, políticas y económicas. La comprensión de cómo operan

^c Padecer sin la connotación de Kleinman sino de acuerdo al diccionario de la Real Academia Española y del diccionario de Español Mexicano (DEM): “Sentir una persona física o moralmente un dolor, un daño o un castigo; tener una enfermedad: ...padecer una tifoidea”

estas desventajas en el tejido de la vida cotidiana, en lo específico es de especial importancia por su relación con el pronóstico del daño en un sentido amplio, personal, familiar y social. El análisis en un espacio multicultural desde la condición de originario o migrante establece diferentes contextos sociales, económicos y culturales. Finalmente, como un supuesto universal sabemos que la distinción hombre-mujer establece un principio de organización social y que el género es un sistema simbólico que nos ofrece la posibilidad de análisis desde dos categorías diferentes en el seno de la organización social, (Hernández, 2006) por lo que cualquier análisis antropológico donde se incluyan hombres y mujeres, debe considerar la comparación, como en este caso, las experiencias y vidas cotidianas, según género.

De este planteamiento se derivan las preguntas:

¿Cómo da cuenta la experiencia y significado de padecer HAS de la vida cotidiana y los contextos sociales, económicos y culturales de las personas según su lugar de origen y género?

¿Cómo afecta a las diferentes dimensiones de la vida cotidiana de las personas que padecen HAS?

¿Cómo modulan en lo específico los contextos sociales, económicos y culturales la experiencia de la enfermedad?

1.2 Justificación

La HAS en México se asocia con las primeras causas de muerte. En el 2018 la segunda causa de muerte fueron las enfermedades isquémicas del corazón, con una tasa de 56.1 (por 100,000 habitantes), correspondientes al 11.1% del total de muertes; asimismo, la cuarta causa de muerte fue la enfermedad

cerebrovascular con una tasa de 28.4 que equivale al 5.6 % de la mortalidad general (Secretaría de Salud, 2013).

En México las HAS está relacionada con dos de las primeras causas de muerte enfermedad coronaria y accidentes vascular cerebral (Secretaría de Salud, 2013). De la misma manera, origina discapacidad como consecuencia de sus efectos en riñón, ojos y daño neurológico secundario al accidente vascular cerebral. Al respecto, existe una abundante producción desde la literatura biomédica que es la base de los programas de prevención y tratamiento en los servicios de salud de todos los países. No obstante, este tipo de conocimientos no ha logrado proporcionar elementos eficaces para evitar la enfermedad o bien abordarla en su tratamiento desde el holismo que incluya las diferentes dimensiones de la vida de las personas. Particularmente en América Latina, la medicina institucionalizada ha sido caracterizada por Menéndez como un modelo de atención enfocado a la eliminación del síntoma y que desconoce el saber filosófico-empírico, es decir es un modelo ahistórico (Menéndez, 2005). Good por su parte, reconoce a la biomedicina como una forma de ver el mundo y que requiere de conocimientos especializados que son distantes de la experiencia y significado que narra la persona sobre su padecimiento. De la misma manera, plantea que la enfermedad está en las diferentes dimensiones de la vida cotidiana y puede ser tan abrumadora que esa vida se estructure en torno al tratamiento (Good, 2003). Es en este sentido que una aproximación al estudio de HAS desde la antropología médica que parte de la experiencia y significado de la enfermedad y su manifestación en la vida cotidiana nos ofrece un acercamiento a la mejor comprensión del mundo de las personas con ese diagnóstico. Estudiar la experiencia de la enfermedad nos permite conocer la especificidad de las circunstancias de la vida cotidiana de las personas vulnerables por su condición de pobreza y/o migrante.

1.3 Objetivos:

General

- Describir, analizar y comprender la experiencia de padecer HAS en las diferentes dimensiones de la vida cotidiana de las personas, considerando sus contextos sociales, económicos y culturales, a partir de la narrativa de los participantes en su condición de originarios o migrantes que habitan en las chinampas.

Específicos.

- Describir las dimensiones de la vida cotidiana de las personas que padecen HAS.
- Describir la experiencia de padecer HAS desde el diagnóstico y en su cotidianidad
- Identificar cuándo y dónde cobra relevancia (experiencia corporal, acudir a citas para tratamiento o algún otro aspecto de la enfermedad) el padecer HAS, en la vida cotidiana según género y condición de originario o migrante.
- Describir y analizar la forma como el contexto social, económico y cultural modulan la experiencia de la enfermedad y su tratamiento según género y condición de originario o migrante
- Describir la experiencia corporal de la HAS según género y lugar de origen

1.4 Hipótesis

-La vida cotidiana de las personas se estructura a partir de los contextos sociales, económicos y culturales por lo que la narrativa de su experiencia derivada de padecer HAS da cuenta de la especificidad de dichos contextos y de una vulnerabilidad diferencial entre ser originario o inmigrante y entre ser hombre y mujer.

-Las diferentes dimensiones de la vida cotidiana de las personas, se afectan por padecer HAS de manera más desfavorable si se es inmigrante comparado con ser originario y en ambos casos es más desfavorable si se es mujer.

-Las condiciones de vida material derivadas del contexto social y económico de las personas operan de manera específica sobre la experiencia y significado de padecer HAS y será manifiesto a través de su narrativa.

Hipótesis teóricas:

-La afectación de la vida cotidiana de las personas por una enfermedad no incapacitante es menor en personas cuyos contextos económico y social son más desfavorables.

-La narrativa de las personas en condición de pobreza muestra los mecanismos con los que operan las desigualdades económicas, sociales y culturales de sus contextos según la condición de ser originario de un lugar o inmigrante.

-La experiencia de la enfermedad es relevante para las personas cuando se han resuelto las necesidades básicas de la familia.

1.5 Consideraciones teóricas y conceptos centrales

1.5.1 Dimensiones de la HAS

Desde la salud pública.

El punto de partida para este estudio es un constructo biomédico en el que se han definido los límites de normalidad y anormalidad asociados al riesgo de muerte y discapacidad (WHO & ISH, 2003, Brokes, 2007). La importancia de este problema de salud radica en su alta prevalencia que si bien varía entre países, se estima que una cuarta parte de los adultos del mundo padecen hipertensión (Pereira et al., 2009). Actualmente, en América Latina y el Caribe varía entre el 20 y 40% y el problema aumenta, porque aproximadamente la mitad de las personas con HAS ignoran que la padecen (Orduñez, 2015). De quienes lo saben,

el 30% recibe tratamiento y en promedio el 19% son considerados como controlados (Mittal, 2010). Sin embargo, las dificultades para lograr un adecuado control se han documentado en diferentes países (Mohammadi et al., 2002) (Hedblad et al, 2006) (Nayu et al, 2014).

En México la prevalencia nacional se incrementó a 34.1% en el 2018 (Shama et al., 2020), comparado con el 25.5% del 2016. En el 2015 la HAS fue la enfermedad crónica responsable de 18.1% del total de muertes y el principal factor de riesgo de muertes prevenibles (Campos-Nonato, 2018). Al respecto las Encuestas Nacionales de Salud han dado cuenta de problemas en la detección de casos y en logro del control de las cifras de presión arterial, aún en personas bajo tratamiento (Campos-Nonato et al., 2013). No obstante, las recomendaciones a partir de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2012 fueron "...identificar los instrumentos legales para promover la práctica de actividad física, así como la ingesta de dietas con bajo contenido de sodio y grasa, pero con un alto contenido de verduras, cereales de granos enteros y lácteos bajos en grasa." (INSP-SSA, 2012) estas recomendaciones reflejan un enfoque limitado que deja de lado la perspectiva de las personas que son diagnosticadas con HAS. En diferentes estudios internacionales se han evaluado múltiples intervenciones para lograr un mejor control en las cifras de presión arterial, muchas dirigidas a la educación de los pacientes (Tan et al., 2019, Ampofo et al. 2020) y algunos aspectos instrumentales como el automonitoreo y sistemas de recordatorios para su medicación (Uhlrig et al., 2013). También se han probado intervenciones en la formación de los profesionales y mejor organización de las unidades de salud para la atención de estas personas (Glynn et al., 2010). De la misma manera se ha documentado a nivel internacional que existen diversas razones por las cuales las personas no siguen su tratamiento farmacológico, como la falta de dinero para comprar el medicamento, temor a efectos secundarios o bien la percepción de una atención inadecuada por parte de los servicios de salud (Benson & Britten, 2002, Benson & Britten, 2006, Cvengros et al., 2007, Gascón et al., 2004a). En ese mismo sentido se han documentado las situaciones económicas, sociales y culturales por las que las personas tampoco pueden seguir las recomendaciones

no farmacológicas como la dieta y el ejercicio. (De la Cruz F A & Galang 2008, Boutin-Foster et al., 2007, Kusuma, 2009, Proulx et al., 2007).

Lo anterior es el contexto general de la HAS como un problema de salud pública grave, por su magnitud y su costo financiero cuando se analizan las consecuencias de la falta de detección y control (Arredondo & Zúñiga, 2012)

Desde el modelo epistemológico biomédico

La HAS cabe dentro del análisis que Laplantine aborda como distinción entre las enfermedades orgánicas (observables) y los problemas funcionales que no pueden denominarse enfermedades propiamente dichas. Debido a que inicialmente no se reconocen los síntomas que pueden manifestar las personas antes de ser diagnosticadas (Laplantine F, 1999). La HAS es un constructo biomédico definido a partir del invento del esfigmomanómetro, sin embargo, los criterios que la definen han pasado por diversas etapas en cuanto a los puntos de corte sobre lo normal y lo patológico, pero también sobre si es la presión diastólica o sistólica la que marca el riesgo cardiovascular (Moser M, 2006). En este sentido, su definición se ha reconocido como problemática y arbitraria. Según Withworth, la que mejor se ha sostenido en el tiempo "... es aquella que debe ser definida en términos de la presión arterial por encima de la cual la investigación y el tratamiento hacen más bien que mal" (Withworth J, 2005). En este sentido, la detección y diagnóstico de la HAS se centra en la exactitud de la medición, a partir del procedimiento establecido por consenso internacional, en el cual no se reconoce la voz de la persona para referir algún tipo de malestar, según lo establecido en las guías clínicas.

Desde la epidemiología y la salud pública a nivel mundial se han estudiado especialmente grupos vulnerables en contextos de pobreza o inmigrantes y se han realizado estudios desde aproximaciones cualitativas, que, con excepciones, como la antropología médica, carecen de perspectivas teóricas y más bien están encaminadas a resolver problemas de índole práctico desde la mirada de la biomedicina, para contender con la HAS y mejorar los programas de tratamiento

y control de la enfermedad. Muchos estudios realizados desde la perspectiva de las personas con HAS, son analizados desde una óptica utilitarista y que formula interpretaciones desde la hegemonía biomédica y en un lenguaje que deja clara una relación de poder como puede verse en una revisión sistemática cualitativa (Marshall IJ et al.2012), cuyas categorías de análisis son la adherencia o no adherencia al tratamiento y si es intencional o no, los autores descalifican las reiteradas menciones de síntomas y el efecto del estrés referidos por los participantes en los estudios, de la misma manera analizan las creencias como sinónimo de irracional y proponen no continuar con la investigación sobre adherencia al tratamiento y tampoco con el diseño de intervenciones específicas para grupos étnicos porque los hallazgos son similares en todos los estudios y desconoce de tajo otras dimensiones de la enfermedad, incluso las relacionadas con la misma adherencia. Esta perspectiva nos lleva a discusiones rebasadas en antropología médica, por un lado, la queja del paciente es significativa solo si refleja un estado fisiológico, si no, incluso la propia significación se pone en tela de juicio, por otro lado, el caso de la adherencia es un claro ejemplo de que se interpreta como comportamiento racional aquél orientado al conocimiento médico, asimismo cuando se descalifican los síntomas y el efecto del estrés. (Good BJ, 2003).

1.5.2 Experiencia y significado.

El estudio de la experiencia en antropología se ha realizado a partir de diversas aproximaciones, el término "experiencia" en su significado básico se refiere al hecho de que una persona haya sentido, conocido o presenciado algo, o bien circunstancia o acontecimiento vivido (Rae, 2020). La fenomenología es la parte de la filosofía y uno de los campos disciplinares que estudia las estructuras de la experiencia consciente tal como se experimenta desde el punto de vista de la primera persona, con las condiciones relevantes de la experiencia (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2020). De ahí han derivado perspectivas que se ubican desde la sociología, psicología y antropología, en esta última, Desjarlais y Throop

(2011) han abordado el concepto de experiencia y sus elementos, plantean que existen tantas variantes casi como autores, sin coincidir en aspectos críticos como los elementos subjetivos y objetivos que constituyen la experiencia, así como su temporalidad y el contexto cultural y social. No obstante, a continuación, se revisan autores críticos para el estudio de la experiencia desde la antropología médica.

La aproximación filosófica de Husserl, pone énfasis a un estado interior del actor frente a lo cual Geertz marca la diferencia al plantear que la experiencia es mediada por símbolos significativos infundidos en los contextos de las personas. La imposición de significado a estímulos y respuestas es uno de los aspectos clave que definen según este autor, nuestra existencia como seres culturales, entonces la cultura es interpretada como el tejido de significado en términos de lo que los seres humanos interpretan su experiencia y guían su acción (Geertz, 1973). En este sentido la importancia de las formas simbólicas se encuentra en su capacidad para organizar la experiencia y fusionar "elementos de la experiencia" que pueden ser "totalmente dispares", "incomprensibles" y discretos (Geertz, 1973). Para Geertz una experiencia, es una repetición interpretativa [de un evento] sobre como recordamos a nosotros mismos y lo relatamos a otros.

De hecho, tanto Turner y Geertz han buscado la naturaleza suprapersonal, externa, colectiva, compartida y pública de la "experiencia" como mediada a través de sistemas culturales: formas lingüísticas, simbólicas y de representación. Desde la antropología, se identifican las contribuciones a la teorización de la experiencia de Turner y Geertz, por lo que a partir de la revisión de Throop se describen sus planteamientos básicos. Siguiendo los planteamientos de Dilthey, Turner explora la estructuración de múltiples capas de la experiencia en cuanto a la organización temporal del "significado", "valor y fines". Conceptualmente identifica al significado como estructura cognitiva orientada al pasado; el valor como estructura afectiva ligada al presente y los fines como componentes volitivos dirigidos a un futuro emergente y plantea que solo pueden organizarse en una estructura coherente, por la interconexión de estos elementos a través de ligaduras proporcionadas por formas personales y culturales de significado. Establece cinco momentos de la experiencia: Núcleo perceptual, evocación de

imágenes anteriores, renacimiento de los sentimientos asociados, aparición de significado y valor, y la expresión de la experiencia.

En este contexto para Turner la experiencia está más allá de la subjetividad e interioridad del experimentador individual, se da con el mundo de la intersubjetividad mediado por las formas sociales y culturales. Por su parte Geertz sostiene que los antropólogos deben reconocer que "cultura", "mente" y "experiencia" están, al final, simbólicamente mediadas por interpretaciones y acciones públicas. Sin el medio de símbolos significativos culturalmente infundidos, Geertz afirma que la experiencia sería relegada a comportamientos y sensaciones incoherentes e impenetrables (Throop J, 2003).

Diversos autores han definido la experiencia y aportado para su mejor comprensión. James [citado por Throop] no sólo detalla los efectos del pasado sobre la estructuración del momento presente, sino que también es capaz de demostrar cómo en una orientación hacia el futuro están al menos parcialmente presentes las huellas persistentes de la experiencia del pasado y es también parte integrante de cada momento del flujo de la conciencia, ya que alimenta hacia adelante para anticipar el horizonte de las percepciones futuras, sentimientos, sensaciones, motivaciones y acciones. Es precisamente el nexo de la memoria principal y la previsión, es el "presente especioso". En este sentido, James ofrece una perspectiva que intenta tender un puente sobre lo que considera una brecha problemática que surge entre la comprensión sintética de Kant de todas las variedades de experiencia y la postura atomista de Hume que caracteriza la experiencia sólo en términos de que se desarrollan continuamente conglomerados de impresiones sensoriales sin forma definida o coherencia.

De particular importancia [según Throop] en este sentido es el postulado de James "experiencia pura", que él entiende como un sentimiento no reflexivo, no verbal, preconceptual que aprehende el "flujo inmediato de la vida" en términos de su indiferenciado flujo sensorial desarrollado en el campo de la inmediatez, antes de su organización en los contenidos distintivos, formas y estructuras.

En este contexto, la experiencia de la enfermedad desde una aproximación fenomenológica e interpretativa, que persigue la comprensión de la enfermedad como símbolo o texto interpretable en términos de un contexto (Martínez A,

2011a), estudia la representación de la enfermedad como realidad culturalmente constituida "centrada en el significado", en la que la cultura aporta un puente simbólico entre los significados intersubjetivos y el cuerpo humano. Concretamente retomar la idea de condensación de Good, que se refiere a la comprensión de la enfermedad como símbolo que concentra significados que tienen sentido para un ámbito cultural local. Según este autor, la biología llega a convertirse en enfermedad y aflicción solo si recibe significado, si es interpretada y articulada en un conjunto de relaciones sociales. Habla de un "síndrome" de símbolos y experiencias típicas que tienen sentido para los miembros de una sociedad (Good BJ, 1977b). Según Martínez, esta propuesta permite "explorar el territorio de la enfermedad en el contexto local y de la vida cotidiana" (Martínez A, 2011a). Las perspectivas anteriores rechazan una concepción de la cultura como representación del orden natural y una noción de cultura como una elaboración de la realidad en la que el significado de la enfermedad no tiene sentido, más bien reconoce el lenguaje y su significación como material que construye y expresa la realidad y está presente en la narrativa del informante (Good BJ, 1977a). Finalmente, siguiendo a Schutz, la experiencia constituye al sentido común (Berger PL & Luckmann T, 2008) que es como las personas resuelven las inmediateces de la vida cotidiana, por lo que las prácticas sintetizan aspectos de la experiencia de la enfermedad.(Geertz C, 1994)

1.5.3 La vida cotidiana.

Centrarse en el estudio de la vida cotidiana se desprende de la propuesta de Good, de aproximarnos a la enfermedad desde el holismo y a la persona humana como totalidad. Según esta propuesta cuando uno padece una enfermedad la significación del mundo cambia (según la enfermedad). El ejemplo concreto que ofrece este autor es el del dolor crónico, que puede llegar a destruir el "mundo cotidiano" ya que se experimenta en las diferentes actividades y roles de las personas. De ahí que retome la propuesta de Schutz porque distingue "el mundo cotidiano de otras formas básicas de realidad como los sueños, fantasías, el mundo del arte, de la ciencia y de la experiencia religiosa y plantea que no son

simples formas de experiencia sino mundos con objetivos, formas simbólicas y prácticas específicas. En esta perspectiva la vida cotidiana es el mundo de la realidad del sentido común, que nos da una forma específica de experimentar el yo organizador, la experiencia de tener una perspectiva temporal común, con una forma específica de conciencia (despierta, activa y atenta). Este mundo cotidiano se organiza de acuerdo a nuestros proyectos, pero la enfermedad (dice Good) puede hacer que ese mundo sea sustituido por la medicina y la dolencia. Según Schutz (Schutz A, 1974) en este mundo cotidiano, las personas socializamos en una "actitud natural" en el que no dudamos de lo aparente, aceptamos el mundo y sus objetos. En la actitud natural el hombre considera al mundo como incuestionable significa que lo da sin más como "real" anterior a sí mismo y como "fundamento" de toda experiencia posible. El análisis de las estructuras del mundo de la vida nos ofrece la posibilidad de comprender al otro en el mundo social (Estrada M, 2000).

Según Schutz, la vida cotidiana está dominada por motivos pragmáticos: las personas resuelven los problemas diarios con el cúmulo de conocimientos sociales que se objetivan a partir del lenguaje, el cual también tipifica experiencias que pueden incluirse en categorías amplias, en cuyos términos adquieren significado (Berger PL & Luckmann T, 2008). Las personas en el contexto de la vida cotidiana construyen el mundo intersubjetivo común a todos; éste existe "porque vivimos en él como hombres entre otros hombres, con quienes nos vinculan influencias y labores comunes, comprendiendo a los demás y siendo comprendidos por ellos" (Schultz, 1973: 10, citado por Ritzer) (Ritzer G, 1995). En esta intersubjetividad se funda el acervo social del conocimiento común y éste conduce a realizar las acciones habituales en la vida cotidiana, para lo que se utiliza el sentido común, que se construye con el conocimiento local y que, según Geertz, "es más que nada una interpretación de las immediateces de la experiencia, sujeta a pautas de juicio definidas históricamente, se trata de un sistema cultural". (Geertz C, 1994). El mundo público, intersubjetivo, marco común de interpretación, producto de estratificaciones culturales y sociales. Es escenario receptor de acciones. La realidad del mundo de la vida es coherentemente significativa y se establece subjetiva y colectivamente.

La sociología fenomenológica es una aproximación que nos permite comprender la respuesta de las personas a las situaciones, poniendo atención en su subjetividad.(Edwards & Titchen, 2003) Ésta se enfoca en la experiencia de la vida cotidiana directamente vivida y expresada por los individuos, quienes le atribuyen un significado a su percepción de algún fenómeno, en particular, la percepción es influenciada tanto por todas las cosas internas como las externas al individuo. La experiencia de los fenómenos incluye la percepción sensorial (ver, escuchar, tocar, saborear y oler) y otros fenómenos, tales como creer, recordar, anticipar, juzgar, intuir, sentir, preocuparse, amar imaginar y estar dispuestos. (Dowling, 2004, Ray, 2003, Rinaldi, 2007)

La vida cotidiana al igual que la enfermedad son construcciones de significado que se articulan en un contexto cultural (Martínez, 2011a) social y económico que definen los recursos de la persona a partir de los cuales incorpora o no acciones encaminadas a la recuperación de su salud, desde cualquiera que sea su referente, la prescripción biomédica, la medicina tradicional o la combinación ambas.

1.5.4 Migración, muticulturalidad y salud.

Actualmente la atención a la salud de poblaciones culturalmente diversas representa un reto para muchos países del mundo, los movimientos migratorios a nivel internacional han motivado una producción abundante de estudios sobre la salud de la población migrante y minorías étnicas. Meñaca (Meñaca A, 2004) plantea tres aspectos abordados desde la migración internacional: a) la situación de la salud de la población migrante; b) minorías étnicas estudiadas, desde el país receptor y c) el hecho de migrar. Los dos primeros aspectos han sido motivo de diversos estudios con los enfoques de epidemiología y salud pública(McKay L et al., 2012): la inclusión de variables sociales, cobertura de servicios de salud y las "barreras culturales"(Marshall IJ et al., 2012) para prevenir, mantener o recuperar la salud, sin embargo, el tercer aspecto, el hecho de migrar condensa una serie de circunstancias, que incluyen las razones de la migración y todo lo

que acontece desde la perspectiva cultural, económico y social (estatus migratorio) que implica sufrimiento y vulnerabilidad para el migrante y cuando es el caso también para su familia. Se han planteado diversos efectos negativos debido al cambio de contexto sociocultural, desde el duelo migratorio, las dificultades de comunicación y todo lo que genera perder un contexto cultural y enfrentar otro. Todo lo anterior abordado desde lo social o cultural el punto crítico es el estrés (Benito et al., 2003), por ejemplo cuando se habla del síndrome de Ulises (Meñaca, 2004), síndrome que vincula los conceptos estrés crónico y duelo (Achotegui, 2004) aspecto que desde mi punto de vista plantea ¿de regreso al modelo biomédico?, porque entonces el problema es controlar el estrés en el contexto de la relación migración y HAS (Rosenthal, 2014). Lo cierto es que no está a discusión que el cambio y sus circunstancias favorece aspectos como el alcoholismo (Pinedo et al., 2014) (Gutmann, 1999), además de otras enfermedades ligadas a las condiciones precarias de vida que hacen más complejo, en su caso, el tratamiento de la HAS.

Por otro lado, al interior de los países el fenómeno de migración se reproduce y en el caso de México, un fenómeno que ha sido estudiado desde hace décadas es la migración indígena (durante mucho tiempo estudiada como campesina o rural) a la Ciudad de México. Al respecto Velasco habla de la ciudad como un espacio de relaciones interétnicas, la presencia del indígena como elemento constitutivo de la diversidad cultural de las urbes (Velasco L, 2007). Igual que otras migraciones, los indígenas padecen lo comentado en párrafos anteriores y existen datos sobre el hecho de que la situación de los indígenas en las ciudades se agrava, según datos textuales presentados en el Foro Permanente de Naciones Unidas: (ONU, 2007) "Las tasas de analfabetismo entre la población indígena urbana son cuatro veces más altas que las de los habitantes no indígenas de las ciudades..." Se ha descubierto que los pueblos indígenas que viven en ciudades abandonan la escuela mucho antes que sus contrapartes no indígenas para buscar empleo. Ello provoca una modalidad de trabajo mal remunerado y empleos con poca calificación; Las diferencias salariales constituyen uno de los principales determinantes de la redistribución territorial de los indígenas hacia las ciudades grandes en las áreas rurales, 75 por ciento de la población indígena

recibe hasta 1.3 salarios mínimos mensuales por su trabajo y en las ciudades grandes, 75 por ciento de la población indígena alcanza hasta 2.6 salarios mínimos(Consejo Nacional de Población, 2004).

En México, la migración puede ser de un PO de los estados a otro de la Ciudad de México. Según Romero, estos pueblos pueden estar ligados a pueblos antiguos o bien conformados por pobladores migrantes. "...Como fenómeno de finales del siglo XX y principios del siglo XXI, encontramos colonias habitadas por inmigrantes del interior de la República que encuentran una empatía cultural (muchos de ellos provienen de pueblos indígenas), con los pueblos de la ciudad y reproducen el sistema a partir de la conformación de sus ciclos festivos y su organización comunitaria en interacción con los mismos pueblos..." (Romero MT, 2009). Sin embargo, no se conocen los efectos en la salud en estos contextos.

A la luz de lo anterior es pertinente reconocer que pese a los diversos esfuerzos por incorporar a la educación de profesionales de la salud, el conocimiento sobre las dimensiones sociales y culturales del proceso salud, enfermedad y atención, en la cotidianidad predomina la perspectiva del conocimiento médico (Campos R, 2004) que deja fuera dichas dimensiones y hay un incipiente esfuerzo en el país por desarrollar en los profesionales de la salud una práctica intercultural, lo que sin lugar a duda, nos lleva a pensar sobre las adversidades que pueden enfrentar las poblaciones indígenas en la Ciudad de México.

1.6 Conceptos centrales

Hipertensión arterial sistémica. Elevación de la presión arterial sistólica 140 mmHg y/o \geq 90 mmHg, que a su vez se clasifica por estadios. (Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8, 2014)

Experiencia y significado. La experiencia incluye la percepción sensorial (ver, escuchar, tocar, saborear y oler) y otros fenómenos, tales como creer, recordar, anticipar, juzgar, intuir, sentir, preocuparse, amar imaginar y estar dispuestos.

La experiencia de la vida cotidiana directamente vivida y expresada por los individuos, quienes le atribuyen un significado a su percepción de algún fenómeno, en particular. La relevancia que genera tipos de acción, a la luz de lo que se considera significativo con respecto a convicciones e intereses. Se comparten sistemas generales de significado, se pueden compartir por razones diferentes. Aquí y ahora de la estructura de significatividades de mi vida. (Ray MA, 2003)

Vida cotidiana. La realidad social directamente vivenciada, contextos de interacción específicos, según situación biográfica, social, temporal y espacial. El mundo del sentido común y actitud natural. Schutz, originalmente usó diferentes nominaciones, mundo de la vida, vida cotidiana, mundo del sentido común, pero siempre para referirse a la esfera de la realidad donde los individuos tienen influencia inmediata mediante su conducta e interacciones. (Berger PL & Luckmann T, 2008)

Contexto: Entorno o situación en la cual se considera un hecho.

Social. Abarcan el entorno físico inmediato, las relaciones sociales y medios culturales dentro de los cuales grupos definidos de personas funcionan e interactúan. (National Institutes of Health, 2001)

Económicos: entorno relacionado con la actividad productiva que realizan las personas para la satisfacción de sus necesidades y determinan la forma y grado de satisfacción de las mismas.^d

Multiculturalidad. Generalmente hace referencia a la presencia en el mismo lugar de culturas diferentes que no tienen relación entre ellas o que pueden tener una relación de conflicto, así, la sociedad con sus individuos serán multiculturales si mantienen un estado de indiferencia o de tolerancia hacia las varias culturas.(Hernández, 2005)

^d El concepto de contexto económico lo construí ex profeso en virtud de que no identifiqué alguno útil para el nivel de análisis que requiero.

1.7 Revisión de la literatura desde la perspectiva de antropología médica.

Como una forma de contextualizar esta investigación desde una perspectiva teórica y metodológica, realicé una revisión bibliográfica en la base de datos Pubmed utilizando los descriptores específicos: medical anthropology AND hypertension en los últimos 5 años, identifiqué un artículo; al utilizar anthropology AND hypertension como descriptores en los últimos 5 años identifiqué 149 artículos (ver anexo 1), realicé una revisión de título y resumen para descartar diversos trabajos por las siguientes razones: idioma (chino, danés ruso y francés los eliminé), de la misma manera eliminé todos los relacionados con genotipos y tratamientos farmacológicos que por el hecho de ser estudios realizados en minorías étnicas o poblaciones nativas quedaron bajo estos descriptores. Eliminé también cuando la HAS no fue el objeto de investigación, sino era una más entre otras enfermedades crónicas. La mayoría de los trabajos no contempla un área específica de la antropología o la cultura.

Los 86 artículos identificados podrían clasificarse de acuerdo a los aspectos que persigue explorar de la HAS y se muestran en el cuadro 1, sin embargo, con relación a mi trabajo encontré solamente 2 estudios relacionados:

Fava SM, Zago MM, Nogueira MS, Dázio EM. The experience of the illness and of the treatment for the person with systemic arterial hypertension: an ethnographic study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(5):1022-9.

Schuster J, Beune E, Stronks K. Metaphorical constructions of hypertension among three ethnic groups in the Netherlands. *Ethn Health*. 2011;16(6):583-600.

Ambos trabajos exploran aspectos que estoy analizando en mi trabajo y que citaré para analizar los hallazgos debido al número no se desarrolla mayor análisis.

A través de la estrategia de búsqueda mencionada no recuperé los trabajos de Dressler WW, un autor que destaca por su trayectoria en el tema desde los 80, inicialmente estudió cultura y salud, por lo que algunos estudios se enfocaron a grupos migrantes para investigar los efectos del cambio del contexto social y cultural (Dressler & Bindom, 1997), sin embargo siempre conservó la línea de los efectos en la presión arterial. Actualmente, desarrolla una teoría sobre la "consonancia cultural", también ha abordado otros temas como modernización, identidad y color de piel asociados a los cambios de presión arterial. (Dressler W, 1991) Su aproximación es desde una perspectiva positivista y ha desarrollado diversas escalas que ha adaptado para diferentes poblaciones. En este sentido algunos de sus caminos se encuentran con los de otros investigadores que se enfocan a los efectos del estrés generado por aspectos como racismo y adaptación a otras culturas (Dressler W & Santos JE, 2000). Como información adicional uno de sus trabajos lo realizó en México. (Dressler et al., 1986).

En Mexico, García de Alba, aborda la HAS desde la antropología cognitiva, identifiqué dos publicaciones que tienen la misma aproximación y población (García de Alba-García E et al., 2012, García de Alba et al., 2010), como resultado los autores plantean que la investigación puso de manifiesto la existencia de un modelo semántico de las causas de la HAS, diferente del modelo cognitivo médico y se afirma que este tipo de modelo debe tomarse en cuenta en el establecimiento de políticas de salud culturalmente apropiadas. En este caso el autores hablan del modelo semántico y en otros casos en los que se han utilizados los modelos explicativos de Kleinman (Beune E et al., 2006, Taylor K et al., 2012), la conclusión es similar, son diferentes las perspectivas de las personas con HAS de las de los profesionales de la salud y los profesionales debemos conocerlas para mejorar comunicación y tener un mejor impacto. El mismo enfoque guardan los estudios de "actitudes, creencias y barreras" (Howes F et al., 2010) (Hansen E et al., 2010) (Harmon G et al., 2006) sobre la HAS y su tratamiento, el interés que subyace es mejorar la adherencia al mismo, sin abordar cómo es la vida de las personas, ni sus contextos, tampoco qué sucede cotidianamente con su enfermedad y es en ese sentido que no encuentro confluencia entre los estudios

antes mencionados y esta propuesta de explorar la vida cotidiana de las personas con HAS, sus contextos y como modulan la experiencia.

CAPÍTULO 2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Fundamentación metodológica.

Fenomenología crítica y etnografía

A) Las aproximaciones fenomenológicas en antropología tienen una historia de 25 años en los que se han enfocado al estudio de la "vida vivida" y a la consciencia humana de todas las realidades vividas y especialmente para abordar el carácter "indeterminado y ambiguo" de la vida cotidiana (Desjarlais & Throop, 2011). En esta aproximación se aborda la subjetividad e intersubjetividad de las personas a partir de sus narrativas, lo que nos remite a la antropología fenomenológica crítica, enfocada en la experiencia y significado de la enfermedad. Desde la fenomenología crítica se identifican las consecuencias de las condiciones materiales de vida que moldean la experiencia de enfermedad. Según Desjarlais (citado por Mattingly) es crítica porque trata de ir más allá de la descripción fenomenológica para comprender cómo se produce, qué implica y qué fuerzas incluidas las culturales, están en juego. Al respecto Mattingly, citada por Throop (Throop, 2003), sostiene que la narrativa imita a la experiencia, experiencia vivida y experiencia narrada. Desde diferentes propuestas epistemológicas sobre cómo se constituye la experiencia, destaca que es narrada según el significado atribuido por la persona a partir de sus narrativas. Dilthey distingue entre lo inmediato vivido a través de la experiencia como una secuencia de los eventos y la atribución retrospectiva de significado, vinculado a la estructuración como una unidad o forma coherente, por lo que se sugiere la utilización de diversas estrategias metodológicas en la forma de la búsqueda de significado, que a menudo surge en el contexto de entrevistas y otras formas de provocación explícitas que dependen de esos procesos reflexivos que tienden a dar coherencia y forma definida a la experiencia, estrategias como la grabación de vídeo y / o de la observación sistemática, de la interacción cotidiana que se centra en la

captura de la fase pre-reflexiva del desarrollo de la acción social en tiempo real. Según Throop, es necesario utilizar metodologías que den acceso diferencial a variedades prerreflexivas y reflexivas y a otra forma de orientación temporal para asegurar que la experiencia se explora etnográficamente en toda la gama de sus diversas articulaciones (Throop J, 2003). En ese sentido es que para este estudio se realizó etnografía, concebida como un método abierto con técnicas no directivas como la observación participante, entrevistas informales, semiestructuradas y en profundidad (Guber, 2011). A los casos de este estudio, las entrevistas en profundidad, se realizaron en sus hogares. Se reconoce que la etnografía no es un modelo de investigación cerrado, igual que sus objetos de estudio heterogéneo y permite utilizar técnicas muy diversas, ajustándolas y modulándolas al entorno de investigación. (Ferrándiz, 2011).

2.2 El diseño metodológico

Fue un estudio de corte etnográfico⁴³ para describir, analizar y comprender los contextos culturales y sociales que emergen de las narrativas de los participantes y que fueron analizadas desde el lente de la fenomenología crítica.

La investigadora principal era ajena al contexto de las chinampas, un productor ofreció su apoyo para introducirla a la dinámica de la zona cuando realizaba un recorrido y no guardaba ninguna relación con los participantes, ni con la atención de su padecimiento. El proceso para ser una presencia familiar en la zona implicó aproximadamente seis meses de trabajo de campo dos o tres veces por semana, durante el día, sin pernoctar en la comunidad.

2.3 Participantes y participantes clave

Para conocer y comprender el contexto, dinámica de la comunidad y los procesos productivos se realizaron entrevistas informales, no grabadas a las siguientes informantes, según el área de interés:

Social, económico, y cultural; Coordinador Territorial, dos historiadores locales, trabajadora social del centro de salud, productores, trabajadores de la zona estudiada y sus familias.

Servicios de salud: Personal de enfermería, médico y trabajo social del centro de salud. Personal de enfermería y administrativo del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria. Médicos privados (2) con diferentes especialidades que atienden en la localidad.

Casos:

Para La propuesta inicial fue identificar casos de personas diagnosticadas con HAS que trabajaran en la zona de las chinampas y que en primer lugar me permitiera explorar el fenómeno en personas indígenas inmigrantes y con fines comparativos, identificar casos de personas originarias, y en ambas categorías explorar por género. La propuesta original se muestra en la figura 1.

La edad se estableció entre los 20 y 60 años por privilegiar el periodo de la vida productiva más álgida en este tipo de trabajadores; sin embargo, A partir de un recorrido casa por casa y en cada vivero, preguntando si alguna persona tenía diagnóstico de HAS (criterio de inclusión) y realizando mediciones de detección (como un servicio a la comunidad) pude constatar que dentro de las personas que laboran en la zona de las chinampas la prevalencia de hipertensión y diabetes es muy baja, por esta razón solo se profundizó en cinco casos, de los cuáles solo se presentan 4. Un caso femenino se descartó porque cuando se entrevistó era una mujer originaria de la localidad que estaba enferma y se proponía integrar a las actividades de las chinampas, sin embargo, por la evolución de su padecimiento ya no fue posible y se excluyó.

Se identificaron variantes no previstas de acuerdo a la información obtenida inicialmente en el trabajo de campo, al través de diversas entrevistas informales realizadas al inicio. Existen ideas estáticas básicamente en las personas originarias y productores, sobre el hecho de que los indígenas son jornaleros que viven y trabajan ahí, sin embargo, existen diversas variantes que se muestran en la figura 2. En esta situación la decisión fue tomar los casos de HAS que se

identificaron bajo el criterio de compartir el espacio de las chinampas, independientemente de sus circunstancias, conservando los tipos de inmigrante y originario.

2.3 Recolección de la información

El trabajo de campo se realizó de mayo del 2013 a finales del 2015 con regresos ocasionales. Para obtener información sobre el contexto local, se realizaron entrevistas informales y semiestructuradas a los diferentes actores, antes descritos. Se realizó observación participante en los eventos comunitarios de diferente naturaleza, espacios públicos como los lavaderos, iglesia, en los servicios de salud, así como en los hogares de las familias de los participantes. A los casos se les realizó entrevistas en profundidad y entre 5 y 7 visitas con observación participante principalmente en el hogar y en el trabajo en las chinampas. Las entrevistas se condujeron con la guía construida para estos fines (Ver anexo 2 guía de entrevista para casos). Las entrevistas fueron grabadas siempre con autorización, la duración fue variable según el tema que se abordaba y el número de visita, variaban entre 30 y 90 minutos, sin embargo, en todos los casos la información obtenida fue más amplia y se integró al análisis y resultados.

2.4 Implicaciones éticas

Los principios o guías éticas generales de acción son el principio de autonomía, de no maleficencia, de beneficencia y de justicia que se describen a continuación:

- El principio de autonomía establece que en el ámbito de la investigación la prioridad es la toma de decisiones de los valores, criterios y preferencias de los sujetos de estudio. Su aplicación es en el consentimiento informado donde se le ofrece a los sujetos la información suficiente para tomar una decisión razonada acerca de los posibles beneficios y costos de su participación sin ningún tipo de abuso.

- El principio de no maleficencia obliga a no dañar a los otros anteponiendo el beneficio, aun considerando las respuestas terapéuticas que implica el cuidado a la salud.

- El principio de beneficencia se refiere al bien obtenido derivado de su participación y a los riesgos a los que se somete en relación con el beneficio social, potencial de la investigación. La mediación de los valores contenidos en los principios de autonomía y de justicia es necesaria para tomar decisiones menos discutibles.

- El principio de justicia exige el derecho a un trato de equidad, a la privacidad, anonimato y confidencialidad. Igual se refiere a la distribución de los bienes sociales, que la investigación genere.

Los principios antes mencionados se concretan considerando los siguientes puntos:

- ✓ Consentimiento informado (CI)
- ✓ Confidencialidad
- ✓ Protección de datos
- ✓ Derecho a retirarse
- ✓ Beneficios potenciales
- ✓ Riesgos potenciales

Antes que las personas sean reclutadas para una investigación deben ser informadas sobre los objetivos de la investigación, sus beneficios y potenciales riesgos dando su consentimiento voluntario. En ningún momento el individuo se sentirá coaccionado a participar en un estudio, o ser indebidamente persuadidos por la promesa de una recompensa. Las personas deben ser conscientes de los riesgos que puedan ocurrir como resultado de su participación en la investigación.

Se proporcionó información sobre el estudio a los participantes y se le solicitó autorización por escrito, sin embargo, solo se otorgó verbal ya que no lo consideraban necesario al permitirme estar en su casa para realizar las entrevistas y la percepción de adquirir un compromiso que no se alcanza a comprender. Se garantizó la confidencialidad sobre los datos obtenidos de la entrevista y observación participante, así como también se informó sobre su derecho a retirarse del estudio. Todo esto se contempla en la carta de consentimiento informado que conocieron, pero no firmaron (ver Anexo 3).

Es importante destacar que se omite toda la información que permita identificar a las informantes tal como es el lugar, la etnia, la ubicación del domicilio, familiogramas y cualquier detalle que las distinguiera, debido a la dinámica de la localidad, el conocimiento entre sí mismos y la naturaleza pública de este documento, al que podrían tener acceso personas de la localidad. En ese sentido será notorio la falta de información que estuvo disponible para el tutor y cuando fue necesario para algunos académicos relacionados a este trabajo.

2.5 Estrategias de investigación utilizadas

1. Introducción a la comunidad. Presentación y entrevistas con autoridades (Coordinador Territorial), con instituciones de salud (Director del Centro de Salud)
2. Revisión de documentos históricos y entrevistas con cronistas del pueblo
3. Reconocimiento de áreas claves del pueblo: chinampas, lavaderos públicos, mercado de alimentos y de flores, servicios de salud, coordinación territorial.
4. Entrevistas con personal de salud y solicitud de información.
5. Entrevistas con trabajadores (originarios y migrantes) y empleadores originarios de las chinampas.
6. Observación participante con diversas familias de las chinampas
7. Identificación de participantes
8. Entrevistas y observación participación dirigida a los participantes seleccionados.

2.6 Organización y análisis de los datos

Los datos correspondientes al contexto del pueblo se organizaron de acuerdo a los rubros generales que brindaron un panorama histórico, social, político y económico local.

El análisis de las notas de la observación participante, enfocada a los objetivos del estudio fueron transcritas y codificadas para su análisis con el software Atlas ti, siguiendo un procedimiento para generar un sistema de fichas de trabajo y bibliográficas, clasificadas para las descripciones de los contextos sociales, datos económicos, sobre el proceso productivo y características de la convivencia multicultural. También se realizaron fichas de trabajo de las entrevistas a los profesionales de la salud de las instituciones públicas y a los médicos que proporcionan servicios privados y que no fueron grabadas (porque así lo prefirieron). Específicamente se recabaron datos de la cotidianidad de la zona, así como sobre la historia y tradiciones del PO.

2.7 El análisis de los datos

El análisis cualitativo de los datos es un problema planteado por algunos autores por ser poco claro o bien responde a una lógica reconstruida que no se refleja en la publicación de las investigaciones, sin embargo la transparencia de los procedimientos utilizados son indispensables en aras de la credibilidad de los hallazgos (Amezcuza & Gálvez, 2002) y es en ese sentido que se transparentan los aspectos del análisis a partir de las siguientes consideraciones:

- a) Good propone hacer análisis de narrativa para explorar la experiencia de la enfermedad, para lo cual existen diferentes propuestas desde diversas perspectivas epistemológicas. Sin embargo, es importante puntualizar que en este trabajo son las transcripciones de las entrevistas en profundidad, las se analizan como narrativas.
- b) A partir del análisis de diferentes propuestas se definió así narrativa: la manera como los actores sociales producen representan y contextualizan sus experiencias y conocimientos personales, esta definición que es adaptada de lo planteado por (Coffey & Atkinson P, 2003).

La narrativa difiere de la definición de discurso porque en términos generales, éste último se refiere al uso del lenguaje de individuos relacionados a la formación cultural, social y política determinadas por sus interacciones dentro

de la sociedad (Urra E et al., 2013). El discurso para su análisis se considera una herramienta lingüística explícita, construido y configurado por numerosas influencias sociales o ideológicas. Según Thorne, las estrategias de análisis del discurso se basan en gran medida en las teorías desarrolladas en campos como la sociolingüística y la psicología cognitiva para tratar de entender lo que se está representado por las diversas formas en que las personas se comunican ideas. (Thorne S, 2000).

a) Una vez transcrita la entrevista, se realizó una lectura general para organizar aspectos de su historia de vida y su vida cotidiana. En una segunda lectura, se identificaron temas por unidades de significado, posteriormente se contrastó con la guía de entrevista para asegurar que estuvieran los puntos de interés, pero respetando los temas emergentes de las entrevistas. Para cada caso se realizó un proceso de análisis correspondiente a la investigación inductiva, que se inicia con conceptos generales y proposiciones para la focalización del objeto y de la pregunta. Tello plantea que el conocimiento se construye a partir del trabajo de campo "... en un movimiento en espiral: de lo empírico a la teoría y de la teoría a lo empírico". A través del examen de los casos semejantes y diferentes que han sido analizados se busca desarrollar un esquema conceptual, una teoría comprensiva." (Tello C, 2011). Para estos fines se siguieron algunos procedimientos de la teoría fundamentada como la codificación abierta, selectiva, comparación constante, preguntar a los datos, memorandos ya que la teoría fundamentada como herramienta analítica, ofrece diversos recursos disponibles en el software antes citado y tal como lo plantea Castro, para este tipo de análisis se requiere un anclaje en un marco teórico específico (Castro R, 2011) para no terminar con interpretaciones del sentido común sin trabajar con los conceptos de la teoría establecida para el trabajo. Los aspectos antes mencionados fueron cubiertos siguiendo la propuesta por Meyer, (2014), su aplicación en el estudio se describe a continuación: a) precodificación, a partir de la identificación de palabras o unidades de significado (ideas completas), se

codifica independientemente de la perspectiva teórica; b) categorización temática y conceptual, se refiere a la agrupación por temas y conceptos de los códigos que pueden o no corresponder al marco teórico del estudio del estudio, en este punto se identifican y los temas o conceptos que no se ajustan y se conservan para analizarlos desde otras perspectivas; c) categorización teórica, se analiza su correspondencia con las perspectivas teóricas del estudio, en este caso experiencia de la enfermedad, a través de identificar las dimensiones de la vida cotidiana, señales corporales y significado de la enfermedad. Desde la fenomenología crítica se identifican las consecuencias de las condiciones materiales de vida que moldean la experiencia de enfermedad.

- b) El proceso de codificación y agrupación, se realizó por medio del software Atlas Ti. El resultado de este primer análisis se presenta en el rubro de cada caso como análisis de las entrevistas.

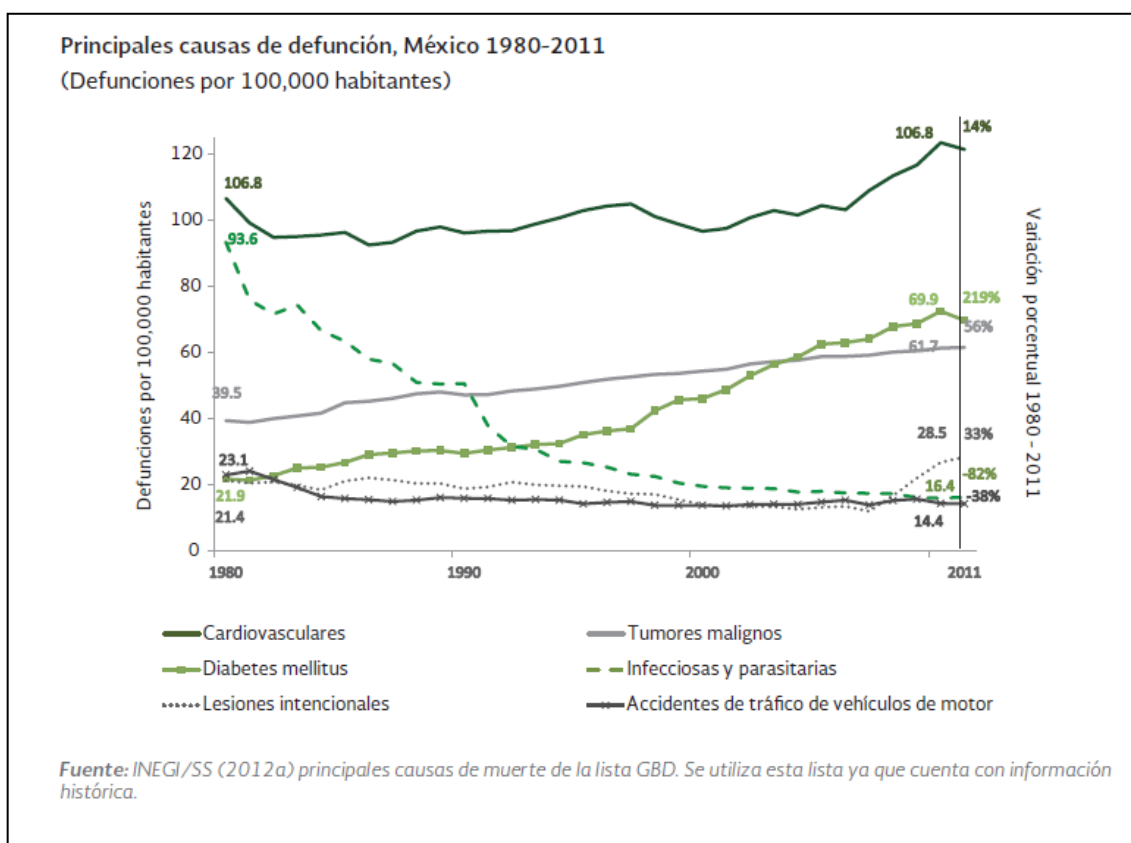
Finalmente, más allá de los procedimientos para el análisis, es importante retomar lo que constituye la parte central de esta propuesta de Das (2007), *no sólo apunta al género del texto y la construcción de la trama*, también muestra cómo el contexto de la narración puede influir en la forma en que la historia se organiza por lo que reitero la cita (Das & Das, p:67) *La experiencia de la enfermedad es el lente a través del cual tratamos de dar especificidad a las circunstancias políticas y económicas dentro de los cuales la vida de los pobres urbanos toman forma...* dando así especificidad a la pobreza del grupo en cuestión.

CAPÍTULO 3. ESCENARIO NACIONAL Y LOCAL

3.1 La HAS en el contexto nacional.

La HAS es el principal factor de riesgo de mortalidad cardiovascular y aunque en el 95% de los casos su etiología es desconocida, se relaciona con diversos padecimientos, como enfermedad vascular, enfermedad cerebrovascular, muerte cardíaca súbita, enfermedad coronaria, aneurisma aórtico abdominal, enfermedad crónica y fase terminal de enfermedad renal.(Whelton P, 2004). Los últimos datos disponibles (2012) sobre la prevalencia de HAS, informan de una prevalencia en mayores de 20 años de 33.8 en hombres y 30.8 en mujeres que corresponden a una situación estable con respecto a las cifras informadas para el 2006 (32.4 y 31.1 respectivamente), sin embargo el estudio de Arredondo y Zúñiga sobre el impacto de la prevalencia de HAS en la demanda de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios, el impacto es mayor entre la población asegurada frente a los no asegurados. De la misma manera se estiman altos costos directos para los pacientes con un alto impacto en los gastos de bolsillo para el tratamiento, lo que repercute en términos de equidad y acceso a la atención médica. Según los autores Por cada US \$ 100 gastados en la hipertensión en México, aproximadamente US \$ 51 viene de los ingresos del hogar / familia. Esto representa una pesada carga social con un efecto considerable en los gastos de salud en el país, ya que la HAS es una enfermedad costosa y una alta prioridad de salud pública. (Arredondo & Zúñiga, 2012).

Por otro lado el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (Secretaría de Salud, 2013) presenta un análisis de principales causas de mortalidad general y la más alta es por enfermedades cardiovasculares, que vinculada al incremento de riesgo de 3 veces mayor si se padece HAS, muestra la relevancia de la alta prevalencia en el panorama nacional.



Tomado del Programa Sectorial de Salud 2013-2018

A partir de lo dicho anteriormente cabe señalar que en el programa sectorial la HAS no se aborda de manera específica, solamente se hace mención como parte de una estrategia y en lo relativo a la vigilancia epidemiológica, como se describe a continuación:

ESTRATEGIA 1.2. *Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*

Líneas de acción:

1.2.1. Desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles con cobertura nacional, estatal y local.

1.2.2. Fomentar la alimentación correcta a nivel individual, familiar, escolar y comunitario a través de estrategias innovadoras de mercadotecnia social.

1.2.3. Promover la actividad física a nivel individual, familiar, escolar y comunitario.

1.2.4. Promover la creación de espacios para la realización de actividad física.

1.2.5. Adecuar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.

1.2.6. Establecer mecanismos de difusión oportuna de la información epidemiológica sobre obesidad y diabetes.

1.2.7. Impulsar acciones de detección oportuna de sobrepeso y obesidad en entornos escolares, laborales y comunitarios.

En este punto cabe señalar que es necesario reforzar los programas de detección ya que según la Ensanut 2012 (datos disponibles al momento del estudio) el 14.6% de las personas con HAS fue hallazgo de la encuesta, es decir no habían sido diagnosticados previamente. De la misma manera se requiere reforzar las estrategias de acceso al tratamiento y a la consejería individual ya que los programas de las unidades se derivan de un formato nacional y no aborda en contextos específicos los aspectos de alimentación y actividad física. Finalmente destaca, dentro de los indicadores de salud para evaluar resultados del programa sectorial, tampoco está considerada la mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

3.2 La HAS en la Ciudad de México y Delegación Xochimilco

En la Ciudad de México, la principal causa de mortalidad, también son las enfermedades cardiovasculares y se ha mantenido como primera causa y una tendencia a la alza desde 2012 hasta 2018 con una tasa de 137.7 y 171 respectivamente (SEDESA, 2019). La Ensanut 2012 (Datos que aplicaban para el momento del estudio) mostró que la Ciudad de México comparada con los resultados nacionales, tiene una prevalencia menor de HAS; asimismo la prevalencia de HAS por diagnóstico médico previo, se ubicó por arriba de la media nacional (15.9%). Particularmente en el contexto de la Ciudad de México, el Programa de Salud del Gobierno del Distrito Federal, considera la HAS dentro de lo que denomina "Salud Preventiva" y como parte del programa: Prevención y control de obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Cuyas acciones las constituyen la campaña, Muévete (refiere que se han puesto en marcha estrategias para realizar mayor actividad física y adoptar una alimentación saludable, aunque no se describen tales estrategias), Sal (se refiere al retiro de saleros en comercios de alimentos) y la Ola blanca (para sensibilizar a las personas a que se midan la presión arterial, se instalaron 12 Unidades de Salud de Detección Oportuna) (Gobierno del Distrito Federal, 2014).

Finalmente, los datos de prevalencia y mortalidad por HAS, no están disponibles a nivel delegacional, pero cabe señalar que un dato disponible es la tasa de mortalidad general por alcaldía y Xochimilco tiene la 4ta tasa más baja de 5.8 a diferencia de la total 7 para la Ciudad de México y a las más altas de 8.8 para la Delegación Venustiano Carranza.

Tasas de mortalidad por alcaldía Ciudad de México, 2012-2017

Alcaldía	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total	6.3	6.4	6.6	6.7	7	7
Azcapotzalco	7.7	7.8	8	7.9	8.9	8.5

Coyoacán	6.6	6.8	7.0	7.0	7.3	7.3
Cuajimalpa	4.5	4.3	4.5	4.8	5.0	5.0
Gustavo A Madero	6.9	7.4	7.5	7.4	7.8	8.0
Iztacalco	7.6	7.2	8.1	8.2	8.4	8.5
Iztapalapa	5.3	5.4	5.7	5.8	6	6.2
Magdalena Contreras	5.2	5.5	5.5	5.8	6.3	6.1
Milpa Alta	4.5	4.8	5.1	5.0	5.3	5.3
Alvaro Obregón	5.8	6.1	6.3	6.1	6.2	6.4
Tláhuac	4.4	4.6	4.8	4.6	5.1	5.4
Tlalpan	4.8	4.7	5.0	5.3	5.6	5.7
Xochimilco	4.9	5.3	5.4	5.5	6.0	5.8
Benito Juárez	7.7	7.8	7.5	8.0	7.9	7.8
Cuauhtémoc	9.1	9.0	9.3	10	10.1	8.0
Miguel Hidalgo	7.2	7.1	7.3	7.3	7.7	7.8
Venustiano Carranza	8.1	8.2	8.4	8.2	9.1	8.8

Fuente: Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2019.

3.3 El contexto: Xochimilco y los pueblos originarios

Xochimilco es una de las delegaciones del sur en las que se conservan zonas rurales a pesar de la urbanización y tiene 14 pueblos originarios, uno de ellos es donde se realizó el estudio (ver Figura 3 y 4) que contaba para el 2010 con 17 mil habitantes^e y se inscribe a la "Convención sobre la Protección y Promoción de las Expresiones Culturales" por pertenecer a Xochimilco que está inscrito desde hace 18 años. Existen diferentes definiciones sobre qué es un PO, sin embargo, la Subdirección de Atención a la Población del Gobierno del DF, reconoce como originarios a los descendientes de poblaciones que residían en estos lugares antes de la existencia del Estado Mexicano. Alvarez, Citado por Ortega (Ortega M, 210) refiere que se caracterizan por ser comunidades históricas, con una base territorial y con identidades culturales diferenciadas, según Medina un pueblo

^e Hay discrepancia en los registros de población entre 15 y 17 mil, no hay datos actuales disponibles.

originario conserva sus ciclos festivos y ceremoniales y se definen desde dos ejes teóricos: el de la presencia de una cosmovisión mesoamericana y el de organización social, pero en el caso de la Ciudad de México, se autodefinieron como originarios en el 1er congreso en 2000 (Medina_Hernández A, 2007). La autoadscripción como originarios busca eludir el estigma de “nativos” con que todavía son hostigados y les aporta base internacional para la defensa de su derecho. La Ciudad de México hasta 1928 gozaba de un régimen de municipio libre, actualmente hay una indefinición jurídica de subdelegado, coordinador territorial y enlace, que son funcionarios, aunque no existen en todas las delegaciones, ni en todos los pueblos, es una prerrogativa peleada y conquistada principalmente en los pueblos originarios del sur.(Ortega M, 210)

3.4 El contexto histórico del pueblo originario donde se realizó el estudio^f

El nombre del lugar (Tlaxialtemalco) significa “en donde está el incensario del juego de pelota del dios de la lluvia Tláloc” colinda al norte con el canal de Chalco, al oriente con Tulyehualco; al sur con San Gregorio y Tulyehualco y al poniente con San Gregorio Atlapulco (Tavares, 2006). y su fundación se da el 25 de julio de 1603.

En los datos situados en el periodo colonial, los habitantes del pueblo y San Gregorio se dedicaron a la producción de hortalizas y flores. Se ha documentado que hacia 1880 la población se dedicaba al cultivo del maíz y frijol en el cerro Teutli. Llevaban productos a la Ciudad de México y también vivían de la caza de patos y pesca (Robles, 2012). Después de 1917 en medio de la escasez de alimentos la gente vivió de la pesca, la caza de aves y la recolección de hierbas como los quelites y quintoniles. Se continuó con el cultivo de hortalizas y maíz en las chinampas. Fue hasta 1924 que se introdujo el cultivo de hortalizas, plantas aromáticas y medicinales y se dio un fuerte impulso a las chinampas, existe

^f Identifiqué diferentes significados del nombre, los habitantes en general dicen que significa “lugar donde se hacen los braceros”, incluso encontré “lugar donde se fabrican los braceros” en una página en internet de la Ciudad de México, sin embargo incensario según el diccionario de la Real Academia Española incensario es un bracero pequeño con el que se dirige el incienso.

información sobre que en los años 20 el 50% de las familias del pueblo eran dueños de tierra, actualmente las familias no conservan porcentajes significativos de tierra.

Antes de 1947, la actividad dominante, y casi única, era la explotación agrícola a base del sistema chinampero y del cultivo temporal del cerro; ésta se complementaba con la ganadería en pequeña escala de bovinos, porcinos y caprinos, además de la cría de aves de corral. Las principales actividades productivas anteriormente eran la pesca, caza, confeccionar canastas de vara de ahuejote, chiquihuites de carrizo, y los ya citados petates que eran vendidos en los pueblos de la zona e incluso hasta los pueblos de Tlalnepantla y Tlayacapan en el Estado de Morelos.(Neira F, 2010)

En 1950 inicia la explotación de manantiales para proveer a la Ciudad de México, lo que fue produciendo que se secaran las chinampas y que las personas fueran abandonando los cultivos debido a que disminuía la producción.

DC que tiene 93 años actualmente, describe su dieta de niña principalmente de hierbas, pescado que su papá traía de los canales y que recolectaban del campo porque no “había dinero, a veces ni para frijoles y éramos doce hermanos, nos hacíamos tacos...”⁹ Este testimonio coincide con los datos de Tavares (2006).

3.5 Contexto social y económico

La expansión urbana absorbió a este PO, pero sigue conservando su actividad agrícola, aunque ha disminuido su productividad tradicional y su organización es en Unidades de Producción Rural Familiar (UPRF), estas unidades no solo producen, sino que también transforman y comercializan, pero todo este proceso está a cargo de toda la estructura familiar (Ochoa, 2008). En la localidad las UPRF se van conformando a través de generaciones en lo que respecta a las familias originarias del lugar, aunque hay UPRF conformadas por familias inmigrantes, cuyo jefe de familia originalmente llegó como trabajador y a la larga puede rentar o comprar una parcela e integrar su unidad de producción. En las UPRF, el jefe de familia lleva la mayor carga de trabajo, la esposa, aunque apoya en la

⁹ Informante femenino 93 años

producción, es más frecuente que se encargue de la venta de la producción familiar, en diferentes lugares.

La chinampería se considera una tecnología en la que se utilizan de manera óptima todos los recursos naturales, para la producción agrícola. Gracias a la actividad orgánica que se da en el agua de los canales su fertilidad permanece renovada. Según Canabal la chinampa se reproduce también gracias a una gran diversidad de elementos vegetales que la integran. Se producen hortalizas para el consumo humano, plantas medicinales, ornamentales y aromáticas. (Carnabal B et al., 1992). Actualmente la zona de las chinampas se dividen en parajes que históricamente se han llamado, Tototliapa, Colaltenco, Guerraco y Rincón de la Laguna, están cerca y junto al canal Nacional de Ameca, al canal de Chalco y al Canal Nacional que va de Acuexcómac al chinamperío vecino del pueblo de Atlapulco San Gregorio.

3.5.1 Proceso productivo

En las chinampas, dependiendo de la época se siembra distinta flor, para lo cual se extrae lodo de los canales (Figura 5), se pone en cajones y se hace una cuadrícula, en cada cuadro se siembra la semilla. Se cuida la temperatura (por medio del vivero) y el riego cuando brota la planta (Figura 6), se pasa a la maceta (Figura 7). Actualmente, según algunos productores prefieren comprar la tierra en lugar del lodo, según la cantidad y lo que vayan a sembrar puede resultar más práctico y productivo comprar la tierra y hasta los cajones, pero "cada quién hace su cuenta". Los procesos pueden ser largos, como es el caso de la flor de nochebuena, que en San Luis se les dice "pascuas". Según los productores, tarda nueve meses. Incluso una mujer que fue productora junto con su esposo, dice que es un "embarazo de alto riesgo" porque puede ser que algo salga mal y se pierde todo lo cultivado, o una parte, situación que fue confirmada por diversos participantes. Actualmente el problema, a decir de los productores, compran la planta o la semilla (en Morelos) invierten aproximadamente dos pesos de maceta, nueve meses de trabajo diario en las chinampas y el precio final puede ser de 30

pesos por planta y a veces un poco más, pero en general, así llegan a comprarla con los productores o bien las venden en el mercado de plantas y flores de pueblo y según diferentes testimonios: "cada vez se venden menos y ya no quieren pagar lo que cuesta".^h

Otra manera que tienen de comercializar las flores de diferentes tipos es venderlas a los centros comerciales, una informante puso el caso de un supermercado conocido, "ellos ponen el precio, que siempre es muy barato y son condicionadas a la venta, las que no se venden en tiempo que dicen, la regresan ya toda marchita, ya para qué nos sirve..."

En el caso de las flores aromáticas y algunas medicinales los procesos duran 1 o 2 meses, en este caso se está sembrando con más frecuencia, para tener plantas en diferentes etapas de desarrollo y poder vender constantemente. En este caso plantas como albahaca, lavanda, ruda y romero se venden en un estado intermedio y en una bolsa pequeña, es decir que pueden seguir creciendo, para que las personas que las compran puedan mantenerlas en maceta. A decir de un informante le compran una caja con diez a 24 pesos. En el mercado lo pueden vender entre cinco y ocho pesos. Además de lo descrito hasta aquí, también realizan gastos de "medicina para las plantas" porque si llega una "plaga" se pierde el proceso en el que estén. Al respecto existen testimonios contradictorios sobre el apoyo o no de organismos como CORENA (Comisión de Recursos Naturales) y SEDEREC (Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades).ⁱ Sin embargo, en la documentación pública del gobierno de la Ciudad de México, está documentado el presupuesto asignado al rescate de la zona chinampera específicamente en el pueblo, por lo que en este punto se requiere profundizar en la investigación y la relevancia radica en que si reciben apoyo las UPRF, la productividad mejora específicamente puede observarse en las condiciones de los viveros y en la inversión que hacen según cada ciclo de producción, p e, en época de producción de flor de nochebuena o en la de flor de cempazuchitl.

^h Informante: femenino 60 años

ⁱ Un productor entrevistado, se encontraba en trámites para recibir apoyo y me comentó que ha recibido, sin embargo, otros dicen lo contrario.

3.6 Los servicios de salud

Los datos para el 2010 según los registros del Centro de Salud T3 muestran que el 59% de la población es derechohabiente de alguna institución (no específica) y el 41% no es derechohabiente y según el informe de morbilidad las tres primeras causas de consulta durante ese año para la población entre 20 a 59 años fueron: infecciones respiratorias agudas, 1366 casos, (545 H y 821 M); caries dental, 925 (305 M y 620 H); Cistitis, uretritis y síndrome uretral e IVU (52 H y 271M). (Datos unidad de salud)

Los datos sobre defunciones estuvieron disponibles las del 2009 que fueron 47 de mayores de 15 años y las primeras cuatro causas fueron Enfermedad Pulmonar (8/ 6M y 2H), Enfermedad Isquémica del corazón (6/ 2M y 4H), Cirrosis hepática alcohólica (5H); Infarto cerebral y Diabetes Mellitus con complicaciones (3H); Infarto cerebral y hemorragia intracefálica (2H). (Unidad de salud)

En el CS trabajaban 3 médicos generales y 5 enfermeras. Funcionaba de lunes a sábado, por la mañana y la tarde. El sábado solo por la mañana. Las fichas se repartían a las 5 pm para la consulta de la mañana y a las 12 para la consulta de las 2 pm. Ofrecían atención de primer contacto y medicamentos gratuitos. Por parte de la Jurisdicción de Tulyehualco, había una médica general que visita en su domicilio a los adultos mayores con complicaciones de enfermedades crónicas.^j

Existe un Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (UNAM) que ofrece control prenatal para embarazos de bajo riesgo control de niño sano y estimulación temprana sin costo. Realiza detección y monitoreo de diabetes e hipertensión.

^j El Centro de salud cerró después de terminar este trabajo y permaneció cerrado hasta finales del 2020

Existen tres médicos privados, los tres especialistas y los tres trabajan en hospitales del sector salud, sus honorarios oscilan entre los 300 a 600 pesos, todos venden los medicamentos. Uno de ellos atiende partos. Existen 3 farmacias, una de ellas cuenta con una médica general que da consulta.

En cuanto a HAS hasta el cierre de este informe, en los registros del centro de salud existen 184 personas mayores de 20 años con hipertensión, 137 mujeres y 47 hombres, de los cuales el 50% no consigue disminuir sus cifras de presión arterial, asimismo, estiman 7 casos nuevos cada año.

3.7 La chinampa y el contexto del trabajador inmigrante indígena.

La mayoría de la población migrante trabaja en las chinampas como jornalero, se identificaron trabajadores de Oaxaca, Veracruz, San Luis Potosí y Puebla, solamente una persona venía de Aguascalientes. No existe un registro de las personas inmigrantes que trabajan o viven en las chinampas, aunque una parte de ellas son hombres y mujeres que están de manera temporal, existen aproximadamente 11 familias que están establecidas desde hace más de 10 años. El pago por jornada es de 120 a 130 pesos, de aproximadamente 8 de la mañana a 6 de la tarde. Los productores que los contratan, tradicionalmente también les proporcionan "el almuerzo" a medio día y la comida al terminar de trabajar. Según algunas esposas de productores, la comida no la llevan vienen por ella. Sin embargo, no todos los productores ofrecen los dos alimentos pero el almuerzo siempre, tiene que ver con la tarea que estén realizando y el tiempo que ocupen. La mayoría trabaja con un productor que siempre los contrata, pero tienen periodos sin trabajo y laboran para otros productores. Algunos tienen un trabajo más inestable y entonces hacen labores de albañilería y jardinería en el pueblo fuera de la zona de las chinampas, con salarios similares.

La zona de las chinampas, desde las 9 de la mañana comienzan los trabajadores a regar la siembra cuando se trata de plantas aromáticas, algunos otros simplemente destapan los techos de los viveros para que entre luz a las flores, dejando solamente un techo de plástico traslúcido. En las veredas circulan

normalmente madres con niños que llevan o regresan de la escuela pero que viven en las chinampas que en términos generales son inmigrantes indígenas (ver entorno Figuras 8 y 9)

Los cambios recientes en el contexto (2016), a partir de las entrevistas realizadas a productores fueron los siguientes:

- Actualmente es común que en época de mucha producción como puede ser noviembre que se está preparando todo para la venta de las flores de nochebuena, contraten más jornaleros adultos jóvenes que aunque son indígenas o rurales viven fuera de las chinampas o en algún otro lugar de Xochimilco.
- Cada vez es más común que trabajen jóvenes del pueblo que ya no siguieron estudiando y “quieren trabajar” generalmente familiares y conocidos de productores.
- Un aspecto que llama la atención es que en el paisaje de la chinampa se están incrementando las construcciones de casas habitación de personas que generalmente son hijos de productores o que si ya no producen son dueños de terrenos de las chinampas. Los casos en los que pude averiguar son herencia de hijos que trabajan en instituciones gubernamentales o empresas, con ingreso fijo y prestaciones sociales, entonces deciden construir ahí su casa en medio de los viveros, los canales y zonas de cultivo. Algunas casas son construidas con una inversión que no tiene comparación con las viviendas de los inmigrantes y son casas con todos los servicios, recámaras, sala, cocina.

Por otro lado, este mismo fenómeno de la herencia ha hecho que también hijos de productores construyan sus viviendas junto a los viveros donde trabajan, esto es reciente, de los casos que pude obtener información corresponde a hace 10 años, pero en estos casos aunque puede haber paredes de ladrillo o tabicón, los techos son de lámina, tienen letrina, las cocinas suelen ser cuartos improvisados y cuando se requiere cocinar grandes cantidades se realiza en el patio con una hoguera y utilizan leña. Es el caso de la comida para fiestas por ejemplo bautizo, primera

comuni3n o cuando se hacen tamales o elotes para toda la familia (que no vive ah3). Las comidas en estos casos se realizan en los patios.

- Un problema que se ha agudizado seg3n las personas que viven en las chinampas es que las personas que viven en el pueblo "baja" a tirar su basura al canal. He observado en diferentes ocasiones lo descrito por los habitantes de las chinampas. El Gobierno de la Ciudad de M3xico tiene contratadas cuadrillas que se encargan de estar realizando limpieza y otras maniobras en el canal, sin embargo, es posible que un d3a se observe que el canal est3 limpio y al otro d3a est3 otra vez con basura dom3stica (registro etnogr3fico, durante 2014 y 2015). Las personas que viven ah3 la queman, alguna la utilizan o las acumulan (envases, latas) y otra la queman. Cuando menos los que viven cerca de la salida, la llevan cuando pasa el carro de la basura.
- Identifiqu3 solo un caso de una mujer que vive sola en las chinampas en una casa de madera y trabaja en uno de los viveros. Qu3 una mujer viva sola ah3 tambi3n es considerada como nuevo por las personas que viven en las chinampas.
- Tradicionalmente, los trabajadores inmigrantes, llegaban a trabajar y viv3an en las chinampas y de esa manera tambi3n cuidaban los viveros, aunque no suced3an actos delictivos como el robo (de herramientas, carretillas o plantas). Algunos pod3an traer a familiares a trabajar, generalmente hombres, y los productores viv3an en el pueblo, sin embargo, actualmente, hay trabajadores que viven en el pueblo o bien porque rentan o en algunos casos compraron un terreno en la zona "del cerro", seg3n algunos testimonios de inmigrantes ind3genas, como Juan, refiere que desde que era adolescente ven3a a trabajar a las chinampas porque lo tra3an familiares mayores que 3l, sin embargo "como a los 20 a3os" ya se qued3 viviendo en las chinampas, se cas3 y trajo a su esposa, con quien vive actualmente y tiene dos hijos, pero se estableci3 ah3 hace 14 a3os, porque desde ese tiempo comenz3 a rentar la tierra para cultivar su propia producci3n de plantas arom3ticas y medicinales. La familia vive en covachas, tienen lavadero afuera y 3l y su esposa trabajan durante el d3a

en los viveros, los niños van a la escuela y cuentan con seguro popular y también se atienden con médico privado. En este mismo sentido, pude observar una diversidad de situaciones relacionadas con la vivienda y el trabajo en las chinampas, actualmente pueden vivir ahí originarios o inmigrantes y trabajar ahí o fuera de las chinampas, hace una década vivían solo los jornaleros que trabajaban ahí vivían ahí. Los diferentes actores relacionados con las chinampas a partir del origen, vivienda y trabajo se mostraron en la Figura 2

Relaciones laborales. En este punto es importante mencionar que, a partir de mis observaciones durante las jornadas laborales en las chinampas, hay claramente una relación marcada de jefe y trabajador. El productor que contrata trabajador o trabajadores invierte la mayor parte del tiempo, organizando el proceso, generalmente el trabajo se realiza escuchando música con alto volumen, sin embargo, la forma de dirigirse a los trabajadores es directa y con tono imperativo. La convivencia en los descansos permite observar la relación jefe/ trabajador de manera más acentuada, p e. durante un descanso que me permitieron tomar fotos y les tomé la presión arterial, el productor dijo "a ver háblenle a (menciona los nombres) que vengan a que les midan la presión, un trabajador les fue a llamar y vinieron, "siéntense que les tomen la presión" y bromeaba "éste le va a reventar el aparato" "éste si la va a tener bien alta". Comenta ahorita si va a estar bien alta de tanta coca que tomamos (se observa una botella casi vacía de litro y medio de coca cola y vasos desechables) Después de que se las tomé dijo, ahora háblenle a (menciona otros 3 nombres) y vienen "quítate para que se siente (señala a otro trabajador) y cuando le puse el esfigmomanómetro al trabajador, el productor dice "fíjate no lo vayas a tirar".

Es muy claro que nadie le hace bromas, solo se ríen de las que él hace y los trabajadores apenas hablan y ríen. En ese mismo sentido, dos productores me obsequiaron flores, pero le ordenan a los trabajadores que me traigan para escoger y de cuáles, ellos sentados, y ya que dije cuáles, les ordenan que me las empaquen o si es necesario que me las lleven a algún lugar. ^k

^k Notas de campo en las chinampas. Productor 56 años.

Algunos de los migrantes con familia ya establecidos, rentan las parcelas entre 10 a 12 mil pesos anuales, deben hacer los pagos cada año en enero, lo que significa que cada mes debe guardar dinero para el pago del año siguiente. Dos inmigrantes con más de 10 años de vivir ahí, que no son los únicos, en la entrevista refirieron y observé que se dedican a cultivar plantas aromáticas, romero y albahaca y algunas con uso medicinal como la lavanda y ruda, porque en sus parcelas no tienen la infraestructura para cultivar plantas de ornato, ni para hacer la inversión para las semillas, macetas, etc. Estas familias como muchas otras que viven rentando la tierra o trabajando como jornaleros (a veces también la mujer) viven en las llamadas por los originarios "covachas" (Figura 10) que son cuartos improvisados con paredes y/o techos de plástico, algunas tienen techos de lámina y también se observan algunas de tabicón con techo de láminas de cartón. Comparten letrinas y son quienes hacen uso de los lavaderos públicos. En entrevistas iniciales, algunos productores comentaron que cuando los trabajadores inmigrantes llegaban sin nada, les decían a los dueños si podían dejar vivir donde trabajaban y entonces "les daban un ranchito" para que ahí vivieran y posteriormente algunos "se casan o traen a la familia" y ahí se quedan a vivir con sus hijos. Existen algunos cuartos de tabicón, que se rentan a 700 pesos para trabajadores solos.

3.8 Contexto de participantes del Pueblo

Los productores entrevistados en todos los casos son de la tercera generación que se dedica al trabajo de las chinampas y en general es su actividad económica principal, así mismo, refieren que hasta donde ellos tienen conocimientos provienen de familias que siempre han vivido en el lugar y viven en lo que se conoce como la zona del centro, en el camino hacia las chinampas. La mayoría de ellos ha sido en los últimos diez años, beneficiario de algún programa del Gobierno de la Ciudad, se observa claramente la diferencia en la condición de los viveros entre inmigrantes y originarios del lugar **Figura 11 y 12**. Son claras las diferentes escalas de producción, algunos productores en el caso de las flores de

nochebuena, llegan a cultivar 10 mil nochebuenas y así sucesivamente para las diferentes épocas, como las rosas u otras flores para el 10 de mayo, flor de cempasúchitl, etc. Por estas razones algunos contratan hasta 5 trabajadores y algunos son solos, a veces los ayudan sus hijos o familiar y eventualmente llegan a contratar algún trabajador.

Por otro lado, suelen tener viviendas propias construidas en terrenos familiares, según datos de la coordinación territorial en el 2003, se registró que el 84% de las viviendas del pueblo son propias.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los Casos.

Para abordar los casos, primero se presenta la historia de cada informante (Cuadro 2), se describen aspectos básicos de la vivienda y a partir de los procedimientos descritos en metodología se analizan las diferentes entrevistas realizadas a cada informante que es de donde emergen las categorías que comparten todos los casos.

1. María:

La Sra. María es indígena de Oaxaca, habla su lengua, desconoce su edad exacta tiene 10 hermanos, aunque calcula que tiene 58¹ años, tiene hijos varones. Llegó a vivir a la Cd. de México hace más de 30 años cuando tenía apenas un hijo. Relata que su esposo le dijo que quería venir a la ciudad y “si no quieres quédate solita”, apenas tenía a su primer hijo, así que tomó la decisión de venir con su esposo, llegó a vivir a la zona sur de la Ciudad de México, donde su esposo y ella trabajaron. Su esposo la abandonó:

¹ La última visita me dijo que su hermano menor tenía 55, entonces ella era más grande como 3 años pero no hay forma de corroborar la edad

... pos así, llegó mi esposo bien enérgico, yo no sabía que así me iban a hacer, y así me iba a dejar me dejó luego con 2 chiquitos mis hijos, primero me dejó con los chiquitos mis hijos...

Su esposo regresó tuvo más hijos y vivió con él hasta hace 10 años cuando la volvió a abandonar. Dice que no sabe por qué. Ella siempre ha trabajado igual que sus hijos, refiere que todos trabajaban desde chiquitos "porque casi no estudiaron"^m todos tenían que trabajar para sobrevivir, aunque fueran a la escuela.

Todos sus hijos nacieron en un hospital al sur de la Ciudad, la llevó su patrón porque ella no conocía nada. Relata la diferencia entre cómo le atendieron el parto en su comunidad y como fue en el hospital

... cuando es te amarran así con un rebozo, cuando ya se sale él bebe, te ponen en una silla, está uno agarrando de atrás, así y así le dejan a uno un rato una silla le pone el rebozo y agarramos la silla cuando esta uno, cuando está agarrando bebé ya se va a bajar así allá y luego sentada. También estamos paradas así, doblados los pies, sentadas como va a salir bebé y la silla la agarra y le están apretando para que salga el bebé. A la hora cuando le duele la panza, que siente que va a caer está parada y se agarra de la silla. Cuando va a nacer ya pos sale el bebé, ya le cortan la placenta, como se llama eso, si viene con todo eso, bueno así mi hijo y ya la cortan y ya agarra al bebé y cae le vienen a dejar una cobija, a dejar una cobija con un como petate, como se llama eso, eso es lo que le dejan para que caiga. La partera si jala al bebé, cuando ella está agarrando acá atrás, cuando ya se viene el bebé pos ya la agarra ella y ya no la suelta la panza cuando sale el bebé si no se sube la placenta y ya el bebé se cae solito. Si llora el bebé, ya viene y ya dicen: ah ya viene el bebé ya, fue ni... pos así, ora ahí en Topilejo pos cuando ya la sube a una cama primero ahí, tiene suero, y cuando ya viene el dolor ya, le agarran otra vez donde van a llevarla otra vez, ya no sé cómo fui, ya no se fija uno, cuando la sacan, así también del hospital...

^m No tiene claro la escolaridad de sus hijos después de la primaria.

Refiere que a ella le gustó más como la atendieron en su pueblo, aunque ahora sabe que se han muerto:

... su esposa de mi hermano se murió pos, bueno atendió su papá pero no la atendió bien, no la agarró bien pero la placenta se quedó adentro, mi cuñada se murió, cuando se queda la placenta se muere no más se sale el bebé. También hay hombres que saben aja,... pos su papa le hizo así, la soltó el cuándo ya se salió el bebé y la placenta subió otra vuelta, aja así le hizo su papa.

Por otro lado, después del segundo abandono de su esposo, comenzó a vivir con diferentes nueras dice que hasta que una "le prestó un cuartito" y ya se estableció con la familia. Desde entonces es trabajadora doméstica en Xochimilco con dos personas. Al momento de entrevistarla no estaba trabajando debido a que sufrió un accidente vascular cerebral y estaba en recuperación.

La Sra. María no habla de manera fluida el español y fueron difíciles las entrevistas porque su tono de voz es muy bajo y frecuentemente durante la entrevista no entendía claramente lo que me decía y necesité repetir las preguntas. Fue claro que los relatos del pasado los hace en tiempo presente y a veces era confuso. La única persona que tal vez podría ayudar en la entrevista es su hijo, pero él tiene horarios muy amplios de trabajo, su nuera aunque a veces interviene, tampoco le entiende completamente, ni sabe todo sobre ella y regularmente ella está siempre ocupada con labores del hogar lavando, cocinando y atendiendo a sus hijos.

La familia

La Sra. María, tiene varios hijos todos son casados y tiene 11 nietos, todos residen en pueblos originarios del sur de la Ciudad. Ella vive con su hijo, nuera y nietos. La nuera se dedica a labores del hogar y eventualmente es trabajadora doméstica. El hijo tenía horarios implicaba salir a trabajar a las 5 am y regresa entre las 22 y 23 hrs. de lunes a domingos. Generalmente la nuera se va a dejar a sus hijos a la escuela y pasa la mañana entre hacer las compras y visitar a sus padres que

viven fuera de las chinampas y ahí espera la hora de salida de sus hijos y regresan por las tardes, prepara comida y hace el aseo.ⁿ

Después del accidente vascular cerebral su nuera estaba muy pendiente de su salud, vigilaba síntomas y cansancio, estaba pendiente de su alimentación de acuerdo a las recomendaciones médicas e involucraba a su familia (abuelos y hermanos) en la atención de las enfermedades de su suegra. Ella me informaba sobre los medicamentos que tomaba, lo que decía el médico en las consultas y las recomendaciones sobre su alimentación y reposo. Cuando sale a trabajar y se siente mal puede pasar con familiares en el pueblo y esperar a su nuera, sin embargo, meses después del evento agudo, la nuera refiere que ya está bien que ya no se siente mal por lo que le pasó.

La vivienda

El terreno tiene una medida aproximada de 90 mts cuadrados, el espacio cuenta con letrina, lavadero y un huerto familiar, donde cultivan chayote, chilacayote, maíz y calabaza. Cuentan con chiquero con tres cerdos de tamaño mediano. Estos cuartos son de tabicón con techo de láminas de cartón y piso de cemento. Ambos cuartos tienen ventanas de cristal, protegidas con herrería.

2. Susana

Susana es una indígena del Estado de México en su cuarta década, tuvo 16 hermanos de cuatro matrimonios, de los cuales actualmente solo viven 4. A los 9 años vino a vivir a la Cd. De México, habló su lengua hasta los 15 años porque se casó a los 16 años, dejó de ir a su comunidad por lo tanto de hablar su lengua y actualmente entiende, pero le cuesta trabajo hablarla. Usó la ropa que usan las niñas de su etnia hasta los 7 años, después ya no.

ⁿ En este sentido comprendo la dinámica de la familia y es difícil que la nuera esté con disposición de tiempo siempre que estoy hablando con la Sra. María. Cuando tiene trabajo no está por la mañana, debo de verla por la tarde y siempre la encuentro muy cansada, le duelen mucho los pies y necesita descansar. En las chinampas normalmente no hay visitas cuando oscurece. Los cuartos son pequeños y normalmente a las visitas nos reciben en la parte externa, donde hay troncos, cubetas o bancos para sentarnos.

Vino a la Cd. De México porque de donde ella es, la mayoría de los padres "ponían a trabajar a sus hijos" su madre decía "... no, yo no tuve hijos para que me mantengan, más no para mantener", inclusive cuando ya estaba trabajando y su madre cobraba su salario. Cuando llegó a los nueve años su trabajo fue cuidar a una niña de un año, mientras la mamá vendía fruta por "montones", en el cine sonora. Vivió en la zona de la merced y no sabía leer y escribir. Su patrona era originaria de un lugar cercano a su pueblo y venía alguien a cobrar su sueldo de parte de su madre. Hasta que cumplió 11 años, le dijo a su patrona:

"... me acuerdo que cuando yo cumplí 11 años, le dije a la señora -llegaba siempre alguien de allá- y le decía que mandes dinero porque ya fue a cobrar la mamá de la muchacha. Me acuerdo que esa vez en la tarde yo le dije a la señora, para el otro mes, si va a mandar el mes mándele a decir a su suegro también que ya no le van a dar todo el dinero va a ser la mitad porque pues yo estoy trabajando y ciertamente usted me ha vestido me ha calzado pero yo quiero vestirme algo ya a mi gusto..."

Su madre se enojó mucho, de tal forma que cuando volvió a visitarla "le dijo hasta de lo que se iba a morir". Ella sabía que si visitaba a su madre tenía que llevar "bolsas de mandado y dinero". En una ocasión que le avisaron que su madre estaba enferma fue por ella, pero no llevaba dinero porque también había estado enferma y no pudo trabajar "...su madre que para ese entonces ya se había recuperado no quiso regresarse, solamente me pidió que le dejara el dinero que le llevaba, pero como en esa ocasión no llevaba dinero me dijo que cuando no llevara dinero, no le llevara nada, ni la fuera a ver ...tienes una foto allá..."

Su padre murió cuando tenía 12 años, ella cree que su papá murió de cirrosis porque tuvo sangrado "de los dos lados" durante un año "tomaba mucho", al igual que su madre sobre quien piensa que murió de lo mismo, solo que ella "se puso morena, morena y le creció la panza, no quería atenderse," cuando se puso muy mal fue por ella, pero ya no podía viajar por la diarrea. De la misma manera refiere que 3 de sus hermanos que llegaron a adultos murieron de alcoholismo. Actualmente viven 2 hermanos en la Ciudad de México y su hermana vive en su pueblo.

A los 12 años Susana fue invitada a trabajar como sexoservidora por la hermana de su patrón que trabajaba en eso. Le preguntó cuánto le pagaban y le dijo que \$800.00, fue entonces cuando la joven le dijo que eso podía ganarlo en un ratito *"...me dice vente conmigo, más a tu edad en el día te sacas como 5 mil pesos, y 5 mil pesos antes era...un dineral y le dije haciendo qué pues si no te quieres acostar con los hombres, porque así me dijo ni más ni menos, porque si no te quieres acostar con ellos tenemos un hotel ya contactado le damos un refresco, si quieres le damos cerveza tú haces que te tomas la otra, no te la tomas y la que es para él ya lleva una pastilla, se duerme le quitamos todo lo que trae y ya, y le dije fíjate que no me quedo aquí prefiero ganar los 800 y limpiamente. Pues quédate por tonta [le dijo] pero la verdad lo puedes ganar y puedes ganar más si quieres trabajar un día dos a la semana, nada más con eso no debes de trabajar tanto, aquí estás en el frío, estás en el calor, y ni se si te dan de comer bien y ahí puedes comer lo que tú quieras, le dije no, a cambio de mi cuerpo no y ¿si me llego a embarazar? Allá hay muchas cosas [le dijo], le dije no, no Rosa; no sé de su vida ahorita desde que me vine de allá nunca supe de ella."*

Susana llegó al pueblo a los 13 años porque uno de sus hermanos vino a trabajar a las chinampas y dejó de trabajar con la familia que la trajo. La forma como llegó el hermano fue porque otros que ya trabajaban aquí lo invitaron.

Al llegar al PO trabajó con una señora conocida de su hermano *"... que igual me había dicho que era de pilmama, pero este no, no nada más era de eso, porque después llegaba tenía que ir por el pan, la leche, poner la leche, alistar las niñas que se iban a la primaria, lavar los trastes escombrar, ir por la comida, ayudarle a la señora en la comida, trapear los cuartos y lavar los trastes. Esperé que cumpliera un mes y entonces yo le dije, le voy a decir una cosa me quedo con usted trabajando pero me va a subir mi sueldo. Porque me estaba dando lo mismo 800, no pero es lo que quedamos [le dijo la señora], le digo si pero quedamos de nana no quedamos de todo el quehacer, no pero es que yo hablé con tu hermano [le respondió], ¡ah bueno! si tu quedaste con mi hermano, que mi hermano mande a su hija, o él, porque yo he trabajado y de nana me toca*

solo ver a los niños... pero no todo el quehacer que estoy haciendo porque esto ya no es de nana, ya es de servidumbre, y dije discúlpeme a mí no me toca ni ir al mandado ni ir por leche, ni... eso no es mi tarea. Y ya se lo demostré que lo puedo hacer pero me tiene que pagar más, no pues que no [le dijo], le dije discúlpeme pero yo ya no vengo."

"Ella se enojó, mi hermano, como 15 días mi hermano no me habló porque era sus amistades de cuando él llegó aquí..."

"...y este entonces deje de trabajar con ella y mi cuñada lavaba ajenos y de ahí me fleté a lavar con ella un año, a los lavaderos, nos veníamos desde las 3 de la mañana...hasta las 3 o 4 que íbamos llegando porque lavamos 5, 6 carretilladas de ropa desde calcetines... a esa hora nos veníamos para alcanzar piedra [lavadero] antes todo mundo venía a lavar a los lavaderos"

En esa época la cuñada era la que hacía el trato y aunque ya no recuerda cuanto le pagaba.

Después trabajó con otra señora y hasta la fecha la ve y se hablan, "...hace 8 días conocí, vi a mi niño de 3 años, ahorita este ya se casó me presentó a su esposa que vive por el centro médico está rentando por allá un departamento, él tenía tres años, Roberto, tenía 3 años cuando yo entre a trabajar ahí y Sergio tenía 5 meses..." Ahí la trataron bien, si estaba enferma veían que la atendieran y le daban la medicina para que no gastara, cuando su patrona descansaba le daba a ella los mismos días de descanso, le daba vacaciones pagadas, "...trabajé con ellos como 7, 8 meses nada más porque de ahí me casé".

Susana estudiaba en el sistema abierto la primaria, tuvo un novio que se casó con otra por eso comenzó a salir con quien después fue su esposo. Aunque piensa que también lo hizo porque con su hermano y cuñada no salía, si salía tenía que salir con su sobrino, no la dejaban salir sola. Vivir con su hermano era difícil porque se peleaba mucho "por la cuestión económica" y su novio le decía que ya estaba grande que debía vivir una vida divertida y entonces vio como salida casarse con él; "... pero sin darme cuenta que en esa salida traje 3 hijos que yo

puedo decir así y dios lo sabe, cuando tuve el primero muchos me decían que bonito es estar embarazada yo no sentía nada por mi bebe”.

Se unió con el padre de sus hijos a los 18 años y también trabajaba en las chinampas, a los nueve meses de su primer hijo se embarazó, lo que la puso (según el médico) en riesgo, debido a que el primero nació por cesárea. Su segundo hijo nació cuando tenía 20 años y el tercero cuando tenía 22. Ella fue educada por su madre como católica, posteriormente se convirtió a cristiana

“Le puedo decir que para mí fue un infierno [su matrimonio], pensé que él me quería [su esposo] pero no era así, me enteré que pagaba por tener relaciones con las mujeres del centro, aparte tenía una amante...”

“... aparte de eso, por el doctor que me vitaminó, si no, no me hubiera embarazado, como duré un año sin tener bebe, el me dijo: si yo hubiera comprado mejor una marrana ya me hubiera dado producto, entonces fue cuando empecé a ir al centro de salud, para que me checaran de por qué no me embarazaba” *“... cuando nos dejamos, [dijo] vivo con ella por mis hijos, no porque la quisiera”.* Sin embargo, ella se pregunta ¿y dónde está? Con todo lo que pasa y no está ni con sus hijos.

“...entonces le digo a veces me acuerdo y créame que veo a las chicas cuando se quedan embarazadas de 13, 14 años digo es triste porque le puedo decir que a veces los hijos matan, porque una madre no está preparada para traer un hijo al mundo, porque siempre los hijos, vienen a destruir la vida cuando una misma se destruye por no medir las consecuencias”.

La familia

Susana vive con su hijo menor y esposo, él se dedica al cultivo principalmente de plantas aromáticas y medicinales.

Actualmente, Susana se encarga de vender las plantas que le lleva la mañana, aunque si tiene algo que hacer puede retirarse antes. Los días viernes, sábado y domingo solo vende plantas aromáticas y los fines de semana los clientes

generalmente van por plantas de ornato y casi no vende, así que mejor trabaja en su casa.

La vivienda

Susana vive también en las chinampas. Su casa está en un terreno delimitado por una serie de materiales como láminas y otros de plástico que delimitan la vivienda y un patio, en cual hay dos chiqueros con cerdos y al fondo está un vivero en el cuál cultivan parte de las plantas que les da el sustento económico. La vivienda consta de dos cuartos, uno de ellos es la cocina con una mesa para comer, estufa, refrigerador y alacena y otro mueble para guardar trastes, de aproximadamente tres metros por 5, aunque en ese mismo cuarto hay una cama individual. El segundo cuarto es el dormitorio de la pareja. Las paredes son de tabicón, aunque hay una que es de material improvisado cubierto de plástico.

3. Lola

Lola es originaria del PO tiene estudios técnicos se mudó a vivir a las chinampas hace con su familia hace 15 años sin servicios de agua y drenaje.

Desde que me vine con él empecé a venir acá, empecé a ayudar poco a poquito porque no sabía yo y poco a poco fui enseñándome y luego allá me quedaba un rato y hacía de comer y les bajaba de comer. Hace 15 años, la edad de mi niño, del chiquito. Al principio no me gustaba, no me hallaba, se me hacía muy difícil y cansado y con el sol. Como todo el día estaba yo encerrada, porque yo antes de que me juntara con él yo trabajaba, si estudie (una carrera técnica). Si, pos como no estar acostumbrada a estar encerrada en una oficina y venir a la tierra como que...trabajaba ...y renuncié, ya no me dejó trabajar y renuncié. Tenía 10 años trabajando ahí, desde que acabé de estudiar me mandaron a hacer mi servicio ahí y me quedé y me dieron contrato renuncié y a los 2 meses, que llega mi plaza pero ya había yo renunciado, hasta lloré ese día cuando me dijeron la novedad me dijo él, como él también va para allá, me dice [su esposo] ¿Qué crees?, te vas a enojar, le digo ¿Por qué? Llegó tu base, ¿quién te dijo?, me

dijeron, ¡ay! no puede ser pues ya qué. Muy grande el cambio muchísimo, ahorita ya me acostumbré, me enseñaron y a todo les ayudo aquí a ellos para sembrar, para vender, yo no sabía vender me daba pena, yo no sabía vender también me enseñé a vender

Su suegro le dio a su hijo (de Susana) casado "un pedacito" pero después ella decía "cómo lo vamos a dejar solo" y se quedaban a dormir para acompañar a la familia de su hijo, regresaban al otro día al pueblo, hasta que finalmente se mudaron el resto de la familia, lo que le parece afortunado porque "estaban muy amontonados" eran muchos en su casa de sus suegros.

La Sra. Lola realiza labores del hogar limpieza de la casa, cocina, lava y plancha la ropa de su esposo y dos hijos, así como también se encarga de las compras. Por otro lado, trabaja también en el cultivo de las flores de ornato, aromáticas y medicinales, según su disponibilidad de tiempo y demanda de trabajo de la etapa del proceso productivo de la chinampa familiar.

En cuanto a su salud tiene 8 años con diagnóstico de HAS.

La familia

Actualmente vive con sus hijos, el mayor es casado y tiene dos nietos. Ya no ve a su familia de origen sus hermanos se casaron y se fueron a vivir a otros lugares, solo tiene algunas amigas de los lugares donde vende la flor ...*cuando tenemos plantas sacamos y vamos si, allá estoy, pero ahorita como está el agua pues no me presento ni voy hasta que sale la flor celias y juanitas es la que está sembrada ya, es su quesquejito, es queje^o .*

La vivienda

^o Tallo, rama o retoño de una planta que se injerta en otra o se introduce en la tierra para reproducir o multiplicar la planta.

Es de un tamaño aproximado de 70 mts., la vivienda está en medio de la zona de chinampas entre los canales que rodean a las chinampas y las cubiertas blancas de los viveros, cuenta chiquero con algunos cerdos adultos y crías. Los cuartos uno para dormir y enseguida la cocina, sus techos son de láminas separados de asbesto y acrílico. Se encuentran otros dos cuartos de dormitorio, sus paredes son de concreto y los techos de láminas de asbesto. Al fondo la letrina con paredes de madera y techo de tela y plástico.

La vivienda no cuenta con servicio de drenaje, ni de agua potable, pero si con luz eléctrica. Los viveros de la familia están a un lado de la vivienda.

4. Lucio

Lucio es originario del pueblo su padre y su abuelo también nacieron ahí. Su padre que estudió hasta segundo año de primaria, trabajaba como jornalero pero también fue empleado de aguas y saneamiento [sic] 20 o 25 años. El creció en el pueblo, estudió la primaria. Había una escuela "muy chiquita" que solamente cabían los de primero, segundo y tercer año, recuerda que para los demás grados se pedía permiso en las casas para que pudieran seguir estudiando. No había secundaria, había que ir a Tecomi (Delegación de Milpalta).

Recuerda que cuando era niño no había luz, ni agua en las casas. *"... aquí era llano, se daban las verduras sin que las sembrara por ejemplo, sembrábamos el quelite que todavía lo hay, el quentonil, el huitlacoche que se daba en el maíz, y comíamos uno que otro esquite o esquites con un poco de longaniza tantito pero eso no más lo comía uno cada 8 días, cada 8 días cuando era tiempo de elotes pero cuando no, tenía uno que por ejemplo aquí había una granja, una granja que estaba acá donde estaban los mercados, ahora sobre Tlalpan, allí vendían los pollos ahogados los que se maltrataban, los pollos que se ahogan, íbamos a formarnos para un pollito, entonces el pollo era cada mes que comía uno"*

Recuerda que en su infancia no comían, en general carne de res, ni de cerdo, pero sí pescado. *"... aquí sí para que vea el pescado si, había mucho pescado, por ejemplo una fiesta, por ejemplo que se casaba fulanito, que había un bautizo,*

que había una primera comunión o un santo, había donde alquilaban, las redes para pescar pos ahí uno pescaba...en los canales, sí. Ahí el agua saliendo de los manantiales estaba limpia, corría, es más, porque todavía usaba uno sombrero ¿no? tomaba uno con él agua del canal. Era agua de los manantiales que había originales, por ejemplo había carpa, mojarra, había ajolote, ocociles, tepocates, y ranas de todo y le hacían una cazuela que decían, michimole...con nopales, y ya llegaba la fiesta, los casamientos pos a servir todo eso, había muchos que tomaban mucho pulque ¿no? Conseguían jarros de pulque, por ejemplo de 25 litros y ahí sembraban ponían sus jarros de pulque y a tomar pulque esa era la vida de hace muchos años aquí”.

Mi mama siempre, por ejemplo hacia los frijoles molidos con nopales y epazote, por ejemplo hacia itacates con sal ¿no? Y al comal, sí que de comal y ella si por ejemplo hacia tortillas de mano, hacía por ejemplo tlacoyos, hacia las quesadillas de huitlacoche; y el itacate es, es como un tipo triangulo así, no es redondo sino que es largo y ese pues lo cocía y luego le habría así y le echaba el huitlacoche y así ya lo aplastaba, el huitlacoche lo ponía a guisar ¿no? Lo guisaba bien y ya volteaba y nos lo daba de comer.

Anteriormente lo que era el atole de masa, siempre hacia ella porque de leche pos había una que otra persona que vendía pero como era cara la leche, pos no más compraba por ejemplo masa y hacia el atole de masa. Luego ya nos hacia atole de maíz, del pinole

Íbamos al cerro a traer nopales, a juntar por ejemplo tomate, chile, xoconostle pero todo eso se daba en lo abierto, eran propiedades pero si uno quería no iba a comprar iba uno a traer allá y ahora ya todo está en la mancha urbana ya subió hasta allá, se acabó ya no.

Comenzó a trabajar en las chinampas desde los 15 años como jornalero cuando se sembraba maíz, coliflor, verdolaga, calabaza, chilacayote, porque su padre no

tenía terreno y su horario de trabajo era de 8 am a 18 pm. Recuerda la siguiente dinámica:

"... anteriormente no había vehículo para este sacar el maíz entonces habían las trajineras que armabas, iba uno, cosechaba, me decían vamos ir a piscar ayúdame; la tarea no más eran 4 costales, los llenaba uno y los acarrea a lomo a la canoa y luego de la canoa tenía uno que acarrear: Aquí hay un embarcadero que se llama Clamelac ahí desembarcaban todas las canoas y entonces de ahí tenía uno que cargar hasta donde estaba su casa del muchacho no como ahora por ejemplo ya entra el carro hasta por allá. Si le digo, he sufrido mucho ¿no?, porque toda mi vida he sido campesino jornalero y la verdad pos, yo no me arrepiento pues, la verdad aunque quisiera hacer más en la vida, por ejemplo digamos un terrenito más, una casa mejor, pero lo que gana uno es nada más para ir la pasando, la va uno pasando digamos mi esposa y yo..."

Cuando tenía 11 años "... aquí la señora Luisita, se llamaba, tenía una televisión y esa televisión, tenía un cuarto grande con unas bancas de madera pagaba uno veinte centavos para ir la televisión entonces... íbamos, empezaba a las 7, 8, 9, 10, a las 11, ya nos teníamos que retirar de ahí, iba bastante gente no había ni luz, no había ni agua, pos un foquito por allá como a unos 100 metros, luego ahora las calles ya están bien hechas, anteriormente un callejoncito no más, pos pura tierra. La señora esa era la única; posteriormente después ya hubo otra señora, otro señor que se llama Amador también, y luego, ya entro un cine, que pagábamos 2.50 el cine lo daba en la parroquia de la iglesia.

"Posteriormente ya después hubo el cine de Xochimilco, se bañaba uno cada 8 días, se arreglaba, juntaba uno cinco pesos, cobraban 2.50 ya nos íbamos cada mes, cada dos meses al cine pagaba, ya posteriormente, cuando me casé, casi como a los 17 años pos ya junte y me compré un radiecito de pilas, que le metía uno tres pilas pos lo cargaba yo en mi morral y me lo llevaba. La casita que tenía yo que era de chinami, era digamos zacate del monte, del cerro iba uno y hacia uno unas que llamábamos aquí tapas pero tejida así, bien lo poníamos así clavados y este arriba pos le poníamos cartón y abajo, anteriormente no había

piso no tenían piso así no más”. Algunos lo hacían de tejamaní, el tejamaní era de pura madera, los que hacían su casa así pos ya tenían dinero y anteriormente lo hacían de dos aguas así, y luego le metían un tapanco para poder guardar algo arriba y se lo hacían por ejemplo de madera y guardaban cosas de maíz y todo eso y hojas, anteriormente sacaba uno mucha hoja del maíz para los tamales de pescado...”

Desde que se casó vivió en ese terreno, su hijo mayor que es el único que tiene una profesión y fue quien compró el terreno y construyó la casa para su familia y sus padres, la construcción de la casa del hijo está aparte.

Hace aproximadamente 3 años le pusieron un marcapaso, proceso sobre el que no tiene claridad de porqué, aunque cuando le dijeron que era necesario su esposa y sus hijos lo acompañaban. La cirugía fue en una institución pública y fue posterior a ese evento que le detectaron que tenía HAS. Aunque, a la vez le dijeron que era “prediabético” y eso sí le dio miedo,

Lucio fue fumador desde los 17 años, fumaba de 4 a 5 cigarros diarios, desde que comenzó con los estudios de laboratorio para su cirugía y le dijeron que no podía fumar solo fuma de uno a dos cigarros al día porque “de necio, no lo ha podido dejar”. También refiere que bebía mucho, pero hace 25 años que “dejó el vicio” porque estaba en la pobreza y decidió ya no beber.

La familia

Lucio tiene 3 hijos varones el mayor tiene 50 años Vive con su hijo mayor. Aunque viven en el mismo terreno que un hijo, las familias hacen vida separada, cada quien cocina su comida. Lucio no está bien enterado del trabajo de su hijo, sabe que a veces tiene problemas porque lo ve preocupado, pero a veces no sabe cómo está porque se ven poco. Su hijo trabaja en una institución pública.

La esposa de Lucio se dedica al hogar y se encarga de todo el trabajo doméstico, si necesita llevar dieta y los medicamentos, ella se encarga está pendiente.

Vivienda.

La vivienda de Lucio es una construcción ubicada en el pueblo en una zona de calles pavimentadas. Esta vivienda cuenta con todos los servicios. El exterior e interior de toda la casa está pintada en buen estado.^P

Categorías y subcategorías

Categoría	Subcategorías
El inicio: Malestares y diagnóstico	
La vida cotidiana y sus dimensiones	
	Entorno familiar
	El malestar cotidiano
	El trabajo y la economía
El contexto como mediador	
	Las pastillas, la alimentación y "el ejercicio"
	Los servicios de salud: públicos y privados
	El relato

^P Lucio me invitó a que le realizara la entrevista en su casa, pero donde lo contacté fue en mi recorrido de vivero por vivero para identificar a quiénes tenían diagnóstico de HAS. Lo incluí como caso bajo los criterios de tener diagnóstico de HAS ser originario y trabajar en la zona de las chinampas, que es donde pasa el día.

Categoría: El inicio: malestares y el diagnóstico

En esta categoría se recuperan las circunstancias en las que se les realizó el diagnóstico de HAS a los casos y en tres de cuatro de los casos estudiados, el diagnóstico se dio después de la búsqueda de atención por malestares que impedían seguir con la vida cotidiana:

María

"Este primera vez me dejó mi esposo también me sentí así pero ahorita no sé. Ya le avisé así a mi patrón, así siento mal [y le dice] mejor ya no venga hija que si ya está bien mejor ve el doctor que te lleve al doctor tu nuera sabe cuál, voy a decirle, le voy a decir, luego ni le dije a mi nuera no le dije nada; mejor me voy, me voy se me quita un poco me siento un poco mejor y otra vuelta así; otra vuelta así, cuando ando yo la calle así borracha, como ya mi caigo ya no puedo yo bajarme micro, ya ni sé cómo bajo del micro, así andaba yo, así andaba yo antes, luego también mis hijos nada me ayudan"

"... sentía que me iba a caer, que andaba como borracha, en la calle ya no sé dónde me voy. Ya ni carne, ya ni siento quien soy."

... ya no sé dónde voy, dónde ando, todavía voy a trabajar, luego encontré su abuelita de mi nuera, ¿sabe de dónde bajé? del micro bajé, ya casi en el basurero y vine caminando ya ni se si soy la que ando, ya ni siento yo, pero llegué en donde esta una tortillería.

Ya no sé cómo siento, si borracha, como que estoy yo tomando así, sin mí no sé cómo llegué hasta le dije a la muchacha de la tortillería, mira me da una docena de tortillas, hasta se ríe dos muchacha no se quien más está ahí, se ríen de mí,

y me dice no señora aquí no se venden tortillas por docena, si me acuerdo que me dijo así, ah bueno perdón [le dijo].

Llegué y encuentro a la abuelita de mi nuera. ¿Qué tienes? me dijo, luego ella, le dije nada. Yo llegué así como borracha, me dijo vámonos, vámonos pasa un rato a la casa ahí está Bety [su nuera], me dice, siéntate vámonos, vete a sentar, vete a acostar un rato, es que me dio pena no sé cómo, me siento muy mal le digo como que me subió mucho el presión le digo, vámonos si no te va a pasar algo, me dijo la mama de mi nuera vámonos ahí está tu hijo, ya llego, ahí está tu hijo también ya llego vente; bueno, ahorita te va a llevar allá abajo, bueno si , gracias..., yo siento como borracha [le dijo a su hijo], no tiene tiempo que siento yo así le dije, ¿cómo usted se va a trabajar? me dijo, pos si le digo. [María]

En este evento la llevaron al médico y fue la primera vez que le dijeron que tenía la presión alta, fue una médica privada y la viñeta describe el recuerdo de cómo se sentía, sin embargo, después de este episodio, no siguió tomando medicamentos, ni realizó monitoreo de sus cifras de presión arterial, ya no recuerda haber seguido con tratamiento alguno. Esto sucedió hace aproximadamente 10 años, cuando la dejó su marido.

Susana

"¿Cuando me enteré que era mi presión alta? fue cuando llegué con esta doctora, ese día empecé primero por dolor de cabeza, me empezaba a doler mucho, mucho, mucho, mucho la cabeza y este lo que hacía me recostaba y después se me pasaba y ya hacia mi quehacer por eso le digo que mucha gente puede estar padeciendo la presión pero a veces se nos hace más fácil o tomar una pastilla para el dolor de cabeza y ya."

"A veces se nos olvida cuando vamos al doctor, porque vamos por otra cosa, y si el doctor no dice te checo la presión, te checo la azúcar, ni por enterado, entonces ese día, ya tenía como dos semanas que me venía doliendo bastante la cabeza pero me recostaba y se me pasaba; pero ese día, no, me sentía muy mal, y me acuerdo que le dije a mi esposo, me acompañas a Tulyehualco, pero yo sentía

que no llegaba ni con el doctor Felipe, que era caminar un poco más. Porque de la parada camino un poco más son 4 cuadras con él, entonces vi el letrero que decía: Similar, le dije sabes qué vamos a atravesar la avenida porque es que no, yo me siento que no camino siento que voy flotando, este le digo vamos a pasar ya, pasamos y no tenía gente la doctora y ya me paso y me dice ¿qué tiene?, le digo este me duele la cabeza y aparte siento que no vengo caminando, siento que vengo volando; en sí, le digo no siento ni mi cuerpo y me checa los dos brazos y me dice está muy elevada tu presión, muy muy elevada que le dice mi esposo, como al lado estaba la farmacia de ellos, dice salga rápido y me pide estas pastillas y ya me dio una que me pusiera debajo de la lengua me dice te recuestas en 10 minutos si no se baja nada, mando a pedir una ambulancia porque o te viene un derrame o te viene un paro, dice porque está muy elevada.”.
(Susana)

Según la narración, Susana experimenta dolor de cabeza intenso pero acude a buscar atención con un médico privado hasta que el malestar se vuelve insoportable, es difícil pensar que no haya estado antes expuesta a algún programa de detección o bien por la consulta privada.

Lola

El doctor, [le dijo la primera vez] pasé a consulta y el doctor me dijo que tenía la presión alta, porque me dolía mucho la cabeza, me mareaba yo mucho, y se me alteraban mucho los nervios. Me dijo el doctor que era porque, como nos dedicamos al campo me dijo que era mucha presión y que estaba, muy estresada y por eso mismo se provocaba que se me subiera mucho la presión [Lola]

Padece diabetes mellitus desde hace 12 años, por esta razón asiste al médico cuando se siente mal, para que le hagan exámenes. Depende de los recursos con que cuente en el momento en que se siente mal para decidir si asiste a servicios públicos o privados, sin embargo, ella prefiere asistir al médico privado. La visión del médico contrasta con la idea que tienen otros médicos entrevistados del pueblo que piensan que las personas de las chinampas no se enferman de HAS porque llevan una vida más tranquila “no tienen que salir y andar corriendo en el

tráfico" "...su alimentación es muy sana, casi no comen carne roja" (Médico privado). El diagnóstico se lo hicieron en el centro de salud al parecer el personal de los servicios públicos tienen mayor conocimiento de la vida cotidiana de las chinampas.

Lucio

"...mire hace dos años, de todo el tiempo que he trabajado en el campo y todo nunca me había enfermado hasta cierto nivel más alto ¿me entiende?, entonces me di cuenta porque fui al ISSSTE, y en el ISSSTE me hicieron un tratamiento me mandaron a hacer análisis en todo; ya estaba yo puesto, que me iban a operar de la vista y entonces me dijo el doctor que no me iban a operar porque en la anestesia podía quedar, porque tenía la presión alta, entonces hace dos años más o menos que me di cuenta que estaba mal de la presión. Posteriormente me cancelaron me cancelaron, la operación y me mandaron a hacer estudios y todo y salí mal en que tenía la presión muy alta... hasta que más o menos ya me dieron un tratamiento me dieron pastillas, y ya casi a los a los dos, antes del año y medio que me iban a operar entonces ya me dieron de por vida pastillas, enalapril. [Lucio]

Lucio cuenta con los servicios de seguridad social porque su hijo trabaja en una institución pública y cuenta con esa prestación de poder incluir en los servicios médicos a sus padres. Como se ve en el relato, no fue detectado antes, aunque en general el refiere que antes de esa etapa asistía muy poco al médico porque no se enfermaba.

Análisis

La HAS en los casos de María y Susana (inmigrantes) son diagnosticadas, en situaciones de crisis, lo cual podemos analizar desde la perspectiva de (Boltansky L, 1975), al referirse a la cultura somática y al hecho de que esta obedece a

normas específicas, determinadas por las condiciones objetivas de las personas. De tal forma que el interés y atención que se preste al cuerpo es determinado por dichas normas y parte de esto es la atención que se preste a las señales corporales con fines de búsqueda de atención, ya que las necesidades económicas hacen difícil que una persona se ausente de su trabajo. El autor plantea que en condiciones como la inseguridad económica impide a las personas adoptar una actitud de previsión financiera frente a la enfermedad, para ellos la enfermedad irrumpe la vida normal se presenta como crisis inevitable. Es decir en estas circunstancias la enfermedad "...es por definición, lo que no puede controlarse, constituye para ellos una catástrofe económica y familiar en la que no se quiere ni pensar." (Boltansky, 1975).

Sin embargo en la literatura médica sobre HAS se hace otra interpretación al respecto, los médicos consideran que el conectar el síntoma con la enfermedad es ilógico porque ellos saben que la enfermedad es asintomática, con excepción de los casos severos, entonces las personas "esperan a tener síntomas para sentir que tienen una enfermedad real" (Altiner A, 2012)

Los casos de María y Susana reflejan la situación de atenderse en crisis, de esperar hasta que el malestar es insoportable porque ya no es posible, según (Boltansky, 1975), seguir utilizando el cuerpo. En el contexto de las vidas de estas mujeres, dejar de tener el ingreso de un día para asistir a una consulta al centro de salud no es una opción que les reditúe la inversión de tiempo, ya que pueden al final no recibir consulta o medicamentos por aspectos organizativos del centro de salud.

La literatura ha planteado que existen barreras para el acceso a los servicios de salud tanto de los proveedores de servicios, como de los usuarios. Los aspectos que entran en juego son: distancia a las unidades de atención, aspectos organizacionales (horarios, tiempo de espera y tiempo para recibir una cita), actitud de los profesionales y aspectos culturales como la lengua (Figuroa Pedraza & Cavalcanti Costa, 2014) (Carrillo-Balam et al., 2020) En este sentido, la información aportada por diferentes usuarios de los servicios, muestra que para ser atendido en el centro de salud, se requiere obtener una ficha, lo que

implica formarse a partir de las 5 am (aunque hay épocas en las que esto puede implicar llegar a las 4 am) y se da un número determinado de fichas que puede variar por vacaciones o actividades del personal médico, de tal forma que existe la posibilidad de no conseguir la consulta, las cuáles inician a las 8 am y diversos usuarios comentan que su tiempo de espera puede ser de 1 a 2 hrs.

En los casos de Lola, aunque su relato no plantea una situación de crisis y malestares insoportables, hace referencia a una serie de síntomas que dificultan la vida cotidiana que no dista mucho de una situación como la de María y Susana.

Por otro lado, Lucio se estaba atendiendo de un problema que comenzaba a interferir de manera importante en su vida, estaba "perdiendo la vista" en un ojo y fue por esa razón que comenzó a recibir atención médica por parte del ISSSTE, lo que facilitó la detección. Es decir podríamos decir que nuevamente la situación de no poder seguir utilizando el cuerpo de una manera normal obliga a buscar atención, con ausencia de la utilización de los servicios de manera preventiva, por lo que podríamos interpretarlo también desde las perspectivas antes mencionadas de Boltansky (1975).

A partir de los relatos sobre las circunstancias en las que se realizó el diagnóstico de HAS de todos los casos, hace replantearnos que en estos casos no ha sido suficiente tener servicios de salud disponible en virtud de que los contextos económicos y la cultura somática a decir de Boltansky (1975), pueden conducir a no hacer uso de los servicios de manera oportuna, más que a atribuirlo a conductas que obedezcan a "sentir que tienen una enfermedad real". Situaciones como estas llevan a pensar en estrategias que hagan llegar los servicios preventivos a estos contextos de trabajo como las chinampas para una detección temprana de HAS y otras enfermedades crónicas, en virtud de lo que representa simbólica y materialmente dejar de trabajar para buscar atención preventiva.

Categoría: La vida cotidiana y sus dimensiones.

En esta categoría se exploran como dimensiones de la vida cotidiana, el entorno familiar, el malestar cotidiano

Entorno familiar

En esta categoría se identifican la relación familiar y su relación con algunos aspectos cotidianos de la experiencia de padecer HAS.

María.

Cuando sale a trabajar a veces "toma algo", pero en su trabajo desayuna lo que le den, pero cuando regresa:

... pos si no tengo comida, pos como un medio de huevo, como así pos ya así [risa] si no mi nuera tiene también ya hizo su comida, así; hace sopa mi nuera o tiene pollo, así y así comemos

... bueno si, si hago [la dieta], no más si hago cuando compro, cuando no, nomás como ahí con mi nuera de lo que hace... si, cuando tengo dinero pos si compro, ahorita ya no.

Me levanto a las 8, a las 8 ya, pongo mi café, caliento mi leche porque cuando estoy bien yo me paro, cuando me quedo sábado domingo ya vamos desayunando temprano con mi niña y ya así contenta...

... ya saco mis trastes [a lavarlos en el lavadero], bueno ahorita le ayudo a mi nuera, le ayudo a mi nuera porque ella también lava, y también se cansa, así le ayudo a veces a mi nuera, la fuerza, todavía siento que me faltaba la fuerza eso todavía, porque cuando yo tengo fuerza, yo hago mi quehacer le digo y ahorita como sentí... ya me pasé a acostar, cuando llego ella. Sí este fuerza quien sabe, lavé porque ella iba a lavar mucho mañana y luego de mi hijo. Si yo le hecho lavadora me dijo mi nuera...

...pero ahorita ya se cansa uno trabajando y todavía voy ahí, sigo yendo todavía porque si no mis hijos también, ya tienen sus hijos cada quien, mis hijos tiene su gasto también.

Le preocupa que ve poco a sus hijos debido a sus horarios de trabajo, aunque en el caso de uno de ellos porque no se lleva con su nuera. Los días que trabaja los pasa con su nuera y sus nietas, refiere que le gusta estar en las chinampas porque se parece a donde ella vivía, con animales, plantas y siembra. Ella en general no visita a sus hijos, sin embargo cuando se enfermó del evento vascular cerebral todos la visitaban y estuvieron pendientes de ella. Con el hijo que vive, lo veía poco, se iba a trabajar a la 5:30 y regresaba cerca de las 11 pm, de lunes a sábado. Recientemente cambió de trabajo y ya llega más temprano. La familia de su nuera es una red que la apoya de manera práctica, ayudan a llevarla al médico consiguiendo como trasladarla y acompañando si es necesario.

Susana

Este año no sembré, se puede decir, yo dije, voy a dejar de sembrar o sea se puede decir el año pasado nada más les ayudé a ellos a sembrar hasta noviembre, y el cempaxúchitl ya no sembré más porque luego mi hijo y él [su pareja actual] se echaban la bolita, es que este es que el güerejo no regó, así dice, es que no regó, o él [su esposo] dice no regó, se esperanzan uno a otro a ver quién lo hace yo les he dicho es que no deben de esperanzarse o la otra por que no dividen su quehacer cada quien, si tu sembraste esto, tu ocúpate de lo tuyo, yo sembré de esto yo me ocupo. Les digo es por ejemplo yo hago la comida yo no me esperanzo a que tú lo hagas y ni te estoy diciendo [a su esposo] ven a hacer de comer o me barres, o me escombras. En este tiempo como no hay tanta planta se puede decir no ha habido planta, él me ha ayudado medio escombrar el cuarto pero si hay sembradío yo me tengo que escombrar, lavar, en la comida, los trastes, la venta, encajonar [las plantas], entregarlas, si hay de entrega. Entonces les digo si vemos mi paquete es grande y son las 11 las 12 de la noche a veces no termino y ustedes no porque ustedes tienen la facilidad de dividirse, por ejemplo hace calor bueno, para que no me agarre en el calor me apuro temprano, pero ya hice esto. Dejan un rato, pueden descansar, la hora que esta fuerte el calor pueden meterse y esa hora puedes ver la televisión y ya bajo el calor, y luego salgo otra vez a apurarme pero no lo hacen. Ah pero si algo no hicieron entre los dos uno al otro viene y me ponen entre la espada y la pared,

o sea si le doy lugar a uno, es que prefieres a tu hijo y si le doy lugar al otro es que prefieres al esposo.

ciertamente he platicado con mujeres que son mamás solteras hay una mamá soltera que tiene tres hijas, una señorita que es enfermera ya y dos gemelitas y me decía, hace como un año, tú que te volviste a casar ¿me recomiendas volverme a casar? le dije no; te recomiendo que te quedes sola, es muy pesado, es muy pesado porque hay momentos que tienes que poner todo en una balanza y te tienes que quedar ahí, porque pones el lugar a tus hijos o pones el lugar de él, con ninguno quedas bien. Entonces no es fácil y tampoco le puedes decir le voy a exigir a él para mis hijos porque sabes que no es papá aunque tengas esa persona a tu lado, pero tú te tienes que fletar para lo que tus hijos necesiten, porque tu no le puedes decir es que falta esto; si es una persona consciente que ha tomado la responsabilidad y no es necesario que tú le digas que hace falta, lo ve y te dice mira aquí está, pero si es una persona que no estuvo acostumbrado o no fue, o no fue acostumbrado de niño a una responsabilidad te puedo decir así de fácil que no te a ayudar.

El varón es muy difícil en que lo entienda le dije porque me acuerdo que una vez me quiso comparar en primer lugar no me compares porque si yo te comparara no te va a gustar, sí, a lo mejor puedo hacer todas las cosas pero necesito disminuir mi ritmo de trabajo, sí puedes andar bien planchado o puedes andar como un muñequito pero quitamos el tiempo de irme a vender y me dedico nada más a la casa tráeme lo necesario, entonces responde, es que no puedo. Yo tampoco [le responde Susana] puedo hacer todo, lo sé hacer pero mi tiempo no me alcanza...Nuestros problemas es que sus papás siempre dijeron no son tus hijos, tú no tienes por qué preocuparte, no son tuyos.

[Su hijo mayor] trabaja los fines de semana, ahorita está estudiando. Trabaja sábado domingo y lunes estaba en la universidad del Obrador, pero dice que está viendo que a muchos que han salido de ahí no encuentran trabajo, dice porque como que no está reconocida esa escuela. Entonces fue a hacer su examen a UAM y si se queda va a estudiar agronomía... y dice voy a empezar otra vez, son

4 años, entonces le digo hay hijo vas a terminar a los 30, pero me dice, no te preocupes, ¿qué te preocupa te estoy molestando? ¿por eso te preocupas? y le digo que no.

Con frecuencia menciona una relación conflictiva entre su hijo y su pareja actual, situación que la mantiene en tensión constante, no cuenta con el apoyo de ninguno de los dos para los quehaceres de la casa, ni los que a ella le corresponden en cuanto a la venta de las plantas. Es responsable de todos los gastos de su hijo, ya que su esposo se deslinda de los mismos esto incluye la alimentación.

Por otro lado, la situación con sus dos hijos que no viven con ella, también son motivo de preocupación. En un caso porque a decir de ella, su hijo mayor quiere seguir estudiando y va a comenzar de nuevo en otra universidad. El otro hijo le preocupa porque "su nuera lo puede dejar en cualquier momento y tiene una relación difícil".

Lola

...levantándome lo primero, ve que uno se asea se arregla, después pongo el café y ya este desayunamos, luego pues ya acaban de desayunar, y lo que hago es escombrar la cocina, levantar los trastes, venir a asear los cuartitos y ya después poner lo que voy a hacer de comer, si no tengo nada para comer tengo que salir a la calle para ir por mi mandado. Hasta la escuela voy caminando, voy caminado hasta el mercadito, hasta allá ya compro lo que voy a comer, lo que alcance traigo. Vengo a poner, ya pongo la comida y si hago nada más caldo pos ya todo el día hirviendo mi caldito así de lo que vaya a hacer, caldo de verduras o de res o lo que vaya yo a hacer ya lo pongo como le digo ya lo dejo me dedico a hacer otra cosa [de la chinampa].

... me pongo triste, porque a la vez, estar viendo comer a ellos y se me antoja y ni como estar haciendo doble comida y ni modos tengo que seguirle o lo que me alcance lo hago, y si un tiempo lo dejo porque me detectan muy alta el azúcar tengo que bajarla rápido, pues tengo que dejar todo, todo, todo.

Mi esposo cría cerdos, en eso sí no me meto. Ellos [su esposo e hijos] ya saben, tempranito se paran también, a limpiar a darles de comer y ya hasta la tarde otra vez, pero ya ellos, yo la verdad no, nunca me he dedicado a esto. Crecen en 3 o 4 meses ya están buenos, depende de cómo le de uno de comer. Luego también hay que traer la comida desde el centro. Tiene que salir de ellos que si van a conseguir sema, que si van a conseguir alimento, porque tiene una que revolverle porque si no se malcrían y los marranos crecen feos hay veces que la gente no lo quiere ni comprar para comer y así si los criamos nosotros...es una cajita de ahorro, si ya hay para volverles a arrimar alimento o comprar marranitos o para invertir para planta o lo que haga falta.

Está muy involucrada en el cuidado de sus nietos y le habla a su nuera con autoridad sobre lo más conveniente para sus nietos y sobre si tienen gripa, lo que comen y sobre cómo deben comportarse en la escuela (el más pequeño ingresará a preescolar). Sin embargo, no manifiesta, problemas con su nuera. Los problemas cotidianos son sobre todo con su hijo menor quien va a la preparatoria.

Lucio.

En su narrativa prácticamente no habla de cómo es su vida familiar, "me levanto, me arreglo, desayuno y ya me vengo a la chinampa, regreso, veo la televisión, ceno y ya me duermo" Cuando le toca ir a trabajar de velador a Xochimilco, regresa a veces duerme y llega más tarde a la chinampa. Si por alguna razón no va, encarga que le den de comer a sus cerdos y ya cuando él va lava los chiqueros. Generalmente, lleva a trabajar una coca cola de un litro.

Tiene una buena relación con su esposa, comenta que pronto celebrarán sus bodas de oro. Siempre está pendiente de sus bisnietas [que pasan el día en su casa cuando no están en la escuela] y sus preocupaciones están en torno a sus demás hijos, todos "tienen sus problemas", trabajan sin tener sueldo fijo, viven

y trabajan en las chinampas, también crían cerdos como él en su terreno de las chinampas.

Análisis

La situación de Susana y Lola se pueden analizar desde la estructura y funcionamiento de la unidad doméstica, que según (Tepichine AM, 2011) las unidades domésticas suponen una distribución desigual de la pobreza al interior de la unidad, en la que los niveles de bienestar no son homogéneos y están determinados por la posición generacional, género y parentesco de cada uno de sus miembros y está dada por el control de los recursos y el poder de decisión de sus miembros en la sobrevivencia de la unidad. Por un lado, comprender esta desigualdad ha permitido identificar un tipo de pobreza secundario especialmente entre mujeres y ancianos. Esta misma autora plantea que hacer visible el trabajo de las mujeres a partir de una división sexual “naturalizada” del trabajo que tiene efectos sobre las condiciones de vida de las mujeres, ayuda a comprender la tensión entre el trabajo extra doméstico y el doméstico de las mujeres y aunque en este caso la autora señala que las mujeres pobres se insertan temporalmente a actividades marginales y precarias que les ayude a salir de la crisis, en realidad Susana y Lola este es su contexto permanente la doble jornada. Que no es el caso de María debido a su posición generacional en la unidad doméstica en la que vive. La unidad doméstica y la perspectiva de género se completa con la situación de Lucio, quien realiza su actividad productiva y descarga completamente cualquier actividad doméstica a él lo cuidan en el sentido más amplio del término (alimentación, limpieza de la casa, de la ropa y su tratamiento) y a la vez mantiene el beneficio generacional.

La familia es considerada la red social primaria, si bien funciona de manera eficiente en la búsqueda de atención a la salud como en el caso de María y Lucio, aunque María tiene un trabajo que le demanda un esfuerzo físico importante, realizar aseo de una casa, lavar y planchar, tres o cuatro veces a la

semana y trabaja porque sabe que sus hijos no se pueden hacer cargo de ella, "porque ellos tienen sus hijos y tienen sus gastos".

En el caso de Susana las relaciones familiares la mantienen en constante tensión y como consecuencia en malestar emocional, si bien en un momento determinado, su esposo la acompaña al médico y la nuera que es enfermera le gestiona una cirugía, la vivencia es de constante tensión y en ese sentido la familia puede ser generadora de problemas de salud, y en el caso de Susana se puede plantear como lo describió Bronfman (2000), como hallazgos sobre las características de las familias que experimentaban mortalidad infantil, *...con relación a la familia de origen o al entorno en general, la existencia de relaciones jerárquicas rígidas o confusas entre los miembros...existencia de conflictos de parejas o con la familia de origen, los cuales suelen ser estereotipados, es decir, con una permanencia que los integra a la cotidianidad de la vida familiar...*

En este aspecto del entorno familiar, la diferencia la hace el género y la posición generacional, más que ser originario del lugar o de origen indígena.

El malestar cotidiano.

María

señala malestares músculo esqueléticos y durante aproximadamente dos meses después del evento vascular cerebral manifestaba que le faltaba fuerza para realizar algunas actividades, posteriormente cuando se cayó del microbús, tuvo dolor durante un mes aproximadamente, pero en cuanto a la presión arterial que le notificaron por segunda vez cuando tuvo el EVC, su nuera refiere que le quitaron el medicamento porque su presión estaba normal, se la he tomado frecuentemente y efectivamente está en límites normales. Desde el EVC, no ha vuelto a consultar al médico, de su caída se atendió con el huesero.

En algunas visitas al preguntarle ¿cómo está y cómo se ha sentido? Me dice que ha estado muy bien que no se ha enfermado de nada, sin embargo, conforme se desarrolla la conversación, me muestra que se está poniendo un remedio para una uña porque le dijeron que tenía un hongo "o algo así", también que a veces

no puede dormir porque le duele mucho su pierna, que siente que le arde, que le dijeron que debe tener algo de varice. Todo esto se lo dice entre su patrona y la familia de su nuera, pero solamente cuando ella se siente mal, la nuera la lleva, a veces porque se lo dice a su hijo. La nuera y su hijo deciden con quien la llevan a consulta, ella no sabe los nombres de los médicos, cuando platica solamente dice si era hombre o mujer.

Susana

Manifiesta como malestar el dolor de cabeza pero no es todos los días, ella comentó en momentos diferentes que ya no se toma pastillas para el dolor de cabeza (analgésico) después de la crisis inicial, en ocasiones cuando le ha dolido mucho la cabeza, tomó la decisión de tomarse 2 pastillas que le han recetado para la presión [captopril 50 mg]⁹

Luego me dicen en el mercado estas joven, si pero ya me canso, ya no me siento con las mismas fuerzas de antes, yo llegué acá y me iba a vender, arriaba la planta en carretilla para el mercado, porque no entraban carros este camino lo abrieron después porque para entonces, este camino tendrá como unos 10 años que abrió porque estaba todo mal entonces de ese lado por donde se viene, ahí salía con la carretilla de planta con mi hijo el mayor era el que me ayudaba, pero ya eso ahorita ya no, más con la retirada de matriz como que ahí sentí que más porque igual para poner a acarrear no, ya no, a lo que hacía anteriormente, no ahorita ya no me muevo... lo que sí, siento que me afecto, nunca fui una mujer de temperamento alto para la relación, pero como que de ahorita de la retirada de la matriz o sea como que haga de cuenta que me acabo de enfriar así mí... porque o sea si por mí es, que pase un mes dos meses sin tener relaciones por mí no hay problema.

Físicamente, los dolores de cabeza, la disminución de fuerza, el cansancio son los aspectos que manifiesta cuando se aborda su estado de salud, aún en sus

⁹ En ese momento se le proporcionó información sobre lo inadecuado de tomar 2 dosis juntas y aunque se sabe el nombre y la dosis, revisamos los medicamentos que tenía en casa, estaba confundida con las cajas y las dosis. También me di cuenta que cuando a su esposo le duele la cabeza también se toma medicamento para la presión porque también le han dicho que la tiene alta [no un médico], sin embargo, no quiso que le tomara la presión, me dijo que la próxima vez que me viera.

experiencias ella no se describe actualmente como haber estado enferma, sin embargo frecuentemente, sin llamarlo así, surge el malestar emocional relacionado con la tensión constante que hay entre dos de sus hijos y su actual pareja, la falta de apoyo económico y ahora la preocupación por la disminución de la libido.

Lola

Sí manifiesta malestar con mayor frecuencia *...sí, si cuando siento que si ya empiezo yo así, yo siento que tengo la presión empiezo a marearme, como que si me tambaleara yo dije a lo mejor tengo la presión alta. Y voy si me la checan y la tengo alta.*

Siento como de repente que me falta el aire, y así como que no puedo respirar de qué hago el coraje, y luego, luego empiezo a temblar, entonces lo que hago mejor me aguanto y me vengo a recostar hasta que me levanto es que ya me levanto más tranquila.

La causa de su malestar cotidiano: *... sabe que también, cuando ya que con los hijos es de hacer puros corajes y es también cuando hago un coraje así grande es cuando me siento así, ¿Qué es lo que hago? Cuando siento que no aguanto, que me voy a caer, vengo y me acuesto y me quedo bien dormida, dormida, dormida ¿saben que déjenme?; vamos al doctor [le dicen esposo o hijos], les digo no, mejor me duermo y yo creo hasta que se calma y me quedo muy perdida ya levantándome ya estoy más tranquila.*

En las conversaciones sobre cómo se siente, Lola expresa como sobresaliente cuando se siente bien, en el relato de sus malestares generalmente hay una mezcla entre lo que le atribuye a la HAS, a la diabetes, a los problemas familiares. Los relatos de enojo (que son frecuentes sobre sus hijos) contrastan con su tono de voz y sus movimientos que normalmente transmiten tranquilidad o tal vez contención.

Lucio.

Refiere un malestar frecuente "... sabe que no sé si sea por la pastilla, si me arde el estómago pero este después de comer, este si me la tomo, o por ejemplo hace ratito acabé de comer, al rato que me voy a dormir pos ya me la tomo con un vaso de agua y luego por ejemplo digamos pos me meten un poquito de canela [té] y ya me la tomo, y sí, el estómago así como que me arde pero luego me como unos plátanos o fruta y ya se me quita.

La sensación de tener alta la presión no es frecuente, pero la reconoce "... *ahora sí que siento como le diré, así como que se me sube el calor pues, así por ejemplo pues sudo mucho. Entonces cuando siento iah jijo! digo ya me está subiendo la presión entonces pos agarro por ejemplo un cartón y me empiezo a echar aire y voy me tomo la pastilla y como a los 10 minutos ya me tranquilizo.*

Lucio normalmente no percibe malestares que él relacione con la HAS, pero tampoco con sus otros problemas de salud; generalmente refiere que se siente bien "por eso vengo a trabajar, si no no viniera".

Análisis

En el caso de María, la narrativa de los malestares por HAS solo aparecen vinculados a las crisis y actualmente eso ya pasó, está incorporada a su vida cotidiana. La única forma de enfermedad es que le impida trasladarse a trabajar, los dolores músculo esquelético y la sensación de disminución de fuerza no constituyen para ella una enfermedad.

El análisis de este caso por un lado, reitera lo referido por (Boltansky L, 1975) sobre la cultura somática, pero también corresponde con los hallazgos de (Das V and Das R, 2007) en su estudio realizado en familias pobres urbanas de la India, en la que un hombre le responde: "Mientras mis manos y los pies se mueven, tengo que trabajar. El dolor ha disminuido" Para la autora lo que sucede es que la enfermedad puede incorporarse a la normalidad y para algunos casos que ella entrevistó todas estas situaciones de crisis, malestares y

enfermedades son parte de los altibajos de la vida, que al igual que mis casos independientemente de su origen están centrados en la sobrevivencia.

Por otro lado, Susana si no tiene dolor "muy fuerte" de cabeza en realidad no le da la mayor importancia a su diagnóstico de HAS, coincide nuevamente en los usos del cuerpo antes mencionados, la fuerza física es valorada debido a que el trabajo de las clases trabajadoras, generalmente demanda un esfuerzo físico.

El trabajo y la economía familiar

En esta categoría se describen las actividades que realizan los casos para obtener ingresos y participar en el mantenimiento de las familias

María

... sí, pos ya tiene tiempo que yo ando así, yo ando así borracha pero me aguanto, voy y trabajo así; ni le digo yo a mi patrona que ella también me dice avisa si te sientes mal terca, hasta me dice terca, si le digo estoy bien, estoy bien y me da comida, como ahí, pero tú estás solita también me dice, yo sí [responde], si es que me dejó mi esposo, a poco me dijo, ¿por qué entonces no dices?...

Pues no más voy a trabajar de una casa así para lavar, hacer el quehacer, así, pero antes bueno, hacía yo comida donde voy a trabajar, yo primero cuando antes que este joven todavía, hice comida donde y mi patrón se va a trabajar y yo hago todo el quehacer, hacer comida así; pero ahorita ya no, más voy a lavar así poco, hago el quehacer nomás así

...no hasta allá en mi trabajo... en mi trabajo, tomaba leche y pan, luego este comemos tortilla, ya este huevos, así con mi patrona, como ella esta solita también, comemos frijolitos así o comida ... luego en la tarde si ya no, este, si ya no como ahí, ya vengo aquí ya como, compro mi comida así.

... bueno gracias a dios tengo trabajo, son dos casas donde voy a trabajar aquí en Xochimilco por San Marco ahí, si voy, si termino nomás viernes, voy los 4 días, 4 días así sábados me voy. Voy temprano a las 7, yo, salgo yo a las 5 o las

4, si ya me da comida, sino, pos luego compro aquí, sino le dejo dinero a mi nuera hace ella así, y así trabaje yo, bueno desde chiquitos mis hijos cuando trabajaba dejaba chiquitos a mis hijos pero ahorita ya se cansa uno trabajando y todavía voy ahí, sigo yendo todavía, porque si no mis hijos también ya tienen sus hijos cada quien, mis hijos tiene su gasto también, sí.

... le plancho también otra mi patrón, primero mi patrón le plancho, le plancho dos docenas así, bueno pero playera no más le voy a ayudar a planchar también mi patrona ella es solita también, trabaja su hija trabaja y su hijo su ropa de sus hijos que le plancho, mmm, y mi patrón también ya están grande; y ya ella también se queda solita su casa cuando voy... yo también tengo 5 años, creo que ya, cuando encontré trabajo ahí

... lo que si sea así enfermo me espera mi patrona, si no luego le dije a mi nuera, luego ahora con mi nuera esa apenas, ese día fuimos que habló por teléfono, que cómo esta Doña Marta y le dijeron que le llevara a mi nuera mientras que le ayudara... si y hasta que le dije y si puede aquí está su trabajo usted no piense que no me va a dar trabajo así, así y voy buscar otra persona, pero no me gusta otra persona, si usted mientras ya le enseña a la nuera, la muchacha esta nuera pos ya quiere venir conmigo, pos ya le doy el trabajo...

A María le pagan \$200 si trabaja haciendo la limpieza en las casas, si lava y plancha le pagan a \$40 o a veces a \$25, pero últimamente ya le subieron y le pagan a \$50 la docena, en un día lava 2 o 3 docenas. Dice que se cansa porque a veces va a lavar a dos casas. Tiene un patrón al que le plancha dos docenas a la semana. Depende cada cuando le digan que vaya.

Si bien María no tiene un acuerdo de contribuir regularmente al mantenimiento de la familia, ella siempre está preocupada por hacerse cargo de sus gastos de alimentación y de sus medicinas, normalmente su hijo paga la consulta del médico privado, pero ella da "algo" y si tiene paga su medicina. En su trabajo

resuelve la mayor parte de sus alimentos, pero no va todos los días y cuando come en su casa se siente con obligación de darle a su nuera. Según sus relatos, sus patronos han sido una red de apoyo, como en el caso del primero que la condujo para que se atendiera en un hospital del DF, pero también su patrona que platica y comparten alimentos durante el día que ella va a trabajar “también ella está solita”. Le habla por teléfono al celular de su nuera para saber cómo sigue, le guarda su trabajo y un tiempo fue su nuera a trabajar en lugar de ella. A su nuera le pareció bien para no perder ese dinero y en cuanto pudo se fue a trabajar.

Susana

...se puede decir no ha habido planta, él me ha ayudado a medio escombrar el cuarto de allá porque acá no, yo lo tengo que hacer pero de ahí o sea si hay sembradío yo me tengo que escombrar, lavar, en la comida, los trastes, la venta, encajonar, entregar plantas si hay de entrego, le digo, si vemos mi paquete es grande y son las 11 las 12 de la noche a veces no termino.”[Susana]

Es la encargada de vender en el mercado la producción de su hijo y su marido. Ellos cultivan por ahora plantas aromáticas y medicinales, tienen clientes fijos que les piden por caja, cada planta se vende a 3 pesos cuando mucho, es decir si vende 2 cajas de 12 piezas, estará ingresando a su economía \$ 70 pesos si ve, puede haber días en que les pidan más cajas 6, 8, pero de la misma manera hay días que no venden nada en el mercado, o solo algunas piezas sueltas. Esta es la dinámica de su economía que la mantiene preocupada constantemente.

Lola.

Aquí, aquí sembramos sí, hay días que a veces póngale que 2 o 3 días no voy y me dedico aquí, que lavo, que hago la comida, así depende lo que haga yo.

En el mercado [de SLT] está caro, ahora si va aquí a Tulyehualco, donde está la gasolinera hay un matadero ahí ahora voy allá y es más barato. En el mercado

está a \$60.00 la pechuga, a \$45.00 la pierna con muslo, y a \$20.00 el retazo a \$28.00 a \$25.00 no baja más. Está más barato, allá, dan a \$40.00 la pechuga y apenas me dieron a \$30.00 la pierna con muslo y el retazo lo dan a \$18.00 \$20.00 pesos.

La carne de res, esa casi no la consumimos está muy cara también, la de puerco que apenas mi esposo y mi hijo quisieron, se las hice en chile verde, y fuimos a comprarlo; a \$70.00 el kilo, está mucho más caro que el pollo, pero es rara la vez que compramos carne de puerco, de res casi no la consumimos tampoco.

Cuando quiere uno legumbres, se va uno hasta San Gregorio a veces compro acá, pero cuando quiero mucho, que la espinaca, las lechugas, los rabanitos. Está más grande allá, está dentro del mercado y afuera todos los que venden la verdura, todo el pasillo es de los que venden verdura, bastante verdura encuentra usted de todas las verduras...las cultivan allá.

Las plantas aromáticas y para remedio sale a \$35 con 12 piezas, porque la viene a comprar por mayoreo les llevan por caja por caja y todo el trabajo que se invierte cultivando, es lo que le digo a mi esposo, aquella vez, aquí ya tenemos tres años, dos años más o menos que nos fuimos a la quiebra porque antes echaba mucha nochebuena, bastante, bastante, llenábamos todos los invernaderos, pero empezaba la gente préstame tantas, luego te pago, si, O préstame dinero, sí; hubo el día que cuando quisimos ver nos quedamos en ceros, no teníamos ni para invertir.

Hay que comprar todo, ahorita un carro de tierra le está saliendo en \$4,500.00, el bulto de bolsa, la maceta y hay que pagar al momento luego, luego, ya no conviene, la planta está muy barata. Este año no, echamos nochebuena, le digo que estuvimos muy bajos de recursos ahora hay que usar esqueje, porque no es semilla, ese es queje se tiene que pedir desde marzo y luego cuidarlo de marzo hasta diciembre, hay que cuidarlo, hay que curarlo para que no se enferme, porque luego se baja, le entra pudrición o por el frío que le hace mal hay que estarla cuidando y curándola.

La planta aromática es más fácil porque no se compra, este no más consigue los esquejes y lo hecha uno y si sale de la misma producción y es dinero que ya no invertimos ya tienen sus clientes.

Lola participa en el trabajo que sostiene la economía familiar, realiza actividades de siembra de las plantas, riego, pasar el brote a las macetas y en ocasiones va a vender al mercado, esto, depende de la producción y la situación familiar. A partir de su relato es posible ver también la inversión de tiempo en las estrategias para ahorrar en los alimentos.

Lucio.

...seguimos casados aunque en la pobreza, por ejemplo digamos pos yo para que le voy a decir, no agencí nada más que solamente ese terrenito chiquito que tengo ahí tengo mis animales y ahí yo me dedico a mis animales a criar uno dos puerquitos, pues veces que los vendo, hay veces que cuando tiene fiesta se mata uno y así. Ahí sembré un poco de calabaza, sembraba calabaza, sembraba picante, sembraba verdolaga.

Otras cosas no porque le digo que yo no tengo un salario en si digamos fijo ¿no?, yo soy jornalero trabajo un día, dos días, tres días a la semana y así y lo poco que me ayudan mis hijos.

Trabaja diario a la chinampa y siembra en un pequeño terreno (aproximadamente de 5 x 5 mts) para consumo familiar, he observado milpa, calabaza grande y chilacayotes. Sin embargo, en lo que invierte más tiempo es en lavar todos los días los chiquereros, a veces a los cerdos y en darles de comer, ese es su trabajo cotidiano. También trabaja en Xochimilco con un salario "bajo" que no considera cuando habla de su economía y de su trabajo. Aunque no comenta inconvenientes ni por su edad y ni con su marcapaso tendría reservas para ese tipo de trabajo, pero es notable que sea un tema del que no desea hablar, en todas las entrevistas y pláticas informales que hemos tenido espontáneamente no lo aborda.

Análisis.

La relación del trabajo y los problemas financieros con la HAS ha sido estudiado en diferentes niveles y contextos. Por un lado existen diversos estudios que han documentado la relación a nivel macro entre el grado de desarrollo de un país y la prevalencia de HAS (Pereira M et al., 2009) , particularmente en los países se han estudiado el estatus socioeconómico de las personas y el haber sido diagnosticadas con HAS , en este último caso el más reciente meta-análisis mostró que al interior de los países ser del estrato más bajo se asocia con HAS a partir de los indicadores de ocupación, ingreso y escolaridad(Leng B et al., 2015), En México, los resultados al respecto son contradictorios y muestran que es más alto en el nivel medio que en el bajo, sin embargo en la ENSANUT 2006 y 2012, coinciden con que es más alta la prevalencia en personas de menor escolaridad (Campos-Nonato I et al., 2013).

En los casos que nos ocupan, los indicadores de ocupación, ingreso y escolaridad corresponderían al estrato bajo y dan cuenta de uno de los múltiples escenarios en los que el estatus socioeconómico bajo actúa sobre la salud.

Por otro lado, diferentes estudios cualitativos han mostrado que una de las causas para enfermarse de HAS, identificada por las personas con ese diagnóstico, son los problemas financieros, particularmente dan cuenta de ello los estudios realizados bajo la propuesta de los modelos explicativos, desempleo y elevación de precios como fuente de estrés (Kusuma Y, 2009), en ese mismo sentido, (Beune E et al., 2008), identifica que para un grupo de inmigrantes. la causa predominante es el estrés, generado de manera importante, entre otras cosas por las presiones económicas de las familias, desde luego acompañadas de otros aspectos relacionados con su condición de ser inmigrantes (proceso de adaptación, compromisos familiares); (Mazzeo J, 2013) en su estudio realizado en inmigrantes a las Bahamas, describe que la HAS es causada por el estrés de la vida diaria causado por dificultades económicas, miedo por la inmigración y las responsabilidades de la familia que dejaron. Otros estudios con un enfoque desde el embodiment también identifica como causa, las condiciones de vida de las

personas donde “tienen que luchar duro” para pagar lo básico, como alimentación, agua y abrigo (Strahl H, 2003).

Por otro lado, en diferentes estudios, el trabajo ha sido considerado fuente de estrés crónico que altera la presión arterial y puede dificultar seguir el tratamiento. Desde el campo ocupacional se reconoce como predictor de riesgo para ser diagnosticado con HAS, sin embargo, estos estudios provienen de contextos de trabajo en organizaciones. En nuestros casos el trabajo demanda cuando menos ocho horas invertidas en los viveros, pero en los casos de Susana, Lola y Lucio son unidades de producción familiar en la que se mezclan las tensiones económicas y familiares, pero con flexibilidad para adaptar los horarios y ritmos de producción. Que en el caso de Susana y Lola, el trabajo doméstico representa otra carga adicional.

Categoría: El contexto como mediador de la experiencia de la enfermedad.

Las pastillas, la alimentación y “el ejercicio”

En esta subcategoría se identificaron los aspectos relacionados sobre el tratamiento farmacológico y otras recomendaciones para controlar la HAS.

María.

Actualmente no toma medicamento, ni se monitorea la presión, aunque ya ha sido mencionado, actualmente su presión arterial es normal. Es importante destacar que no obstante su independencia para trabajar y hacerse cargo de sus gastos, para buscar atención médica o tradicional o bien si se toma una pastilla para el dolor, esto depende totalmente de lo que su nuera, decida, su nuera siempre pregunta y lo consulta con su familia materna quien es para fines prácticos la red de apoyo más constante para María ya que son los que están más cerca geográficamente y siempre la apoyan con una actitud solidaria.

El registro que María hace sobre las dos veces que le diagnosticaron HAS, no tienen continuidad para su condición actual, en las últimas visitas, aunque le tome la presión, me comenta sus malestares actuales, me habla de sus hijos pero cuando le hablo de su presión, me dice que eso ya no, ya no tiene nada, para ella la enfermedad es secundaria al dolor del abandono (cuando habla del tema, llora) y cuando habla del problema con su nuera, que precedió a su EVC, se vuelve a enojar. Sus dolores musculoesqueléticos, su falta de fuerza y cualquier otro malestar para ella son parte de su vida y no ameritan tratamiento, salvo que cuando lo comente con su nuera, ella decida darle una pastilla sobre la que no siempre sabe que medicamento fue.

Actualmente su alimentación depende en parte de lo que coma en su trabajo y mientras estuvo convaleciente siguió una dieta sin carnes rojas y abundantes verduras y frutas según pude constatar, sin embargo, su nuera, hijo y una de sus nietas tienen problemas de sobrepeso y ha sido motivo de conversaciones debido a que el médico hizo una serie de recomendaciones, entre las cuáles está no beber "refresco" y en visitas me sirven un vaso "a escondidas de la niña", lo que me hace pensar que siempre está disponible para los demás. De tal forma que María depende de las decisiones de otros en términos generales. Ella a veces decide hacer tamales o algún platillo por ejemplo por que vendrán sus hijos.

Como actualmente no sigue alguna prescripción médica cuando me quiere mostrar la pastilla que tomó para el dolor, le pide a su nuera que se la traiga, la nuera es la que los guarda, salvo en los casos de ungüentos (para las uñas de los pies) o pomadas para sus dolores y ardores de las piernas, ella los guarda porque se los pone antes de dormir.

Susana.

...un tiempo me estuvo trayendo mi nuera [las pastillas], trabaja en el hospital y también se puede decir cuando salí de mi operación me dieron medicina, me

dieron como 6 de este frasquito de captopril pero como le digo que no le las tomo me duraron

...la otra a veces por falta de dinero o sea dice es que si yo me apego al doctor pues cuánto voy a gastar y no lo tengo... ... del dolor de cabeza si, bueno cuando he ido con él [médico privado], este si voy por dolor de estómago que siempre he padecido la colitis, me ha encontrado siempre con la presión alta, dice no está muy elevada, discretamente, pero si está un poco elevada y si me ha dicho ¿sigues tomando el medicamento? Pero ve que le dije que si me la había dejado de tomar, [pero a él] le dije que sí. Me regañó, mira por tu propio bien trata de tomártelo, si se te pasa de tomarte las dos por lo menos una, tomate una diario.

[No se toma el medicamento] " la primera o sea bueno, de repente porque ando corriendo pero la otra digo o si voy a empezar con puro medicamento a lo mejor la presión me la controlo pero ¿después el estómago?, la gastritis o que sé yo, he visto por ejemplo, ahorita estaba visitando una señora, que ahorita gracias a dios ya está bien- pero a ella ya le daban de vida nada más tres meses hace 16 años; porque dice que empezó con la presión alta, luego se le vino, la vesícula y le estuvieron mandando tratamiento entonces su estómago; tomaba para la presión, tomaba para la vesícula, y que porque era nerviosa le me mandaron para los nervios, dice [la señora le relató] empecé medicamento y medicamento y resulta que después me empiezo a sentir muy mal y me mandan a hacer este estudios y estudios y me dice lo del último estudio: cuando voy a recogerlo me dice el doctor sabe que su hígado ya está mal tiene hepatitis C, y le dijeron probablemente le queden 3 meses de vida. El médico le dijo que de tanto medicamento, está la gastritis, tiene una úlcera, pero podría ser operada, pues sí pero lo que si no le podemos remediar es su hígado. Entonces yo salí llorando [Continúa el relato de la mujer] me dice el doctor, tres meses máximo le queda de vida porque no se puede hacer ya nada, saliendo me encontré una señora que va a pasar a consulta y como salí llorando, me dice ¿qué tiene?, siéntese dice, me sentó y le conté, la cirrosis, cirrosis hepática, y mi hígado ya estaba sin funcionar y o me dijo la señora ¿usted cree en dios? Dice si, bueno pues si cree

en dios póngase en las manos de él y que el de la última palabra ciertamente la ciencia está avanzada, ciertamente el doctor es doctor yo no me aparto de eso, por eso yo vengo a consulta pero recuerde que el que nos dio la vida es dios, ella me dice sabe que el quintonil es muy bueno para el hígado dice, pero va a ser su desayuno, comida y cena, por un mes si usted hace todo eso se va a restaurar su hígado por lo que tenga pero lo va a limpiar porque no va a comer nada de carnes, nada, ni pollo nada, exactamente un mes usted va a comer así, puede comer tortilla un cacho de pan pero carne nada sus tres comidas que se haga al día va a ser de puro quintonil y si me lo hice, hace 16 años. Y la señora ahí está.

Por eso, ese ha sido mi miedo y no, no le he dicho [al doctor] y lo que me estuve haciendo un tiempo era este té de hoja de zapote y el té de alpiste.

Susana me ha dicho en diferentes momentos "por ahora no me estoy tomando el medicamento", el relato anterior sobre un daño que ella atribuye a los medicamentos, por supuesto cuestionando su efectividad ya que para curar a la mujer del relato se necesitó la fe en dios y comer quintonil, una planta que en la historia del pueblo mucha gente comía entre otras cosas, como alternativa cuando no había dinero para comer, esto y las dificultades financieras para adquirir el medicamento contribuyen a no tomar el tratamiento farmacológico. En otro momento también comentó que el médico le dijo que caminar rápido como ella anda siempre, tampoco le sirve, ese ejercicio con estrés no sirve. El monitoreo para las personas de las chinampas es muy difícil porque los hacen esperar en el Centro de Salud y en otros lugares les cobran, lo cual tampoco ayuda a que se pueda conocer el efecto de no tomarse el medicamento.

En cuanto a la alimentación consume verduras regularmente, en cuanto a la sal hay inconsistencias en los relatos pero si hay una preocupación por el peso por lo que se esfuerza por limitar el consumo de pan y tortillas. Ella no consume coca cola de manera rutinaria en su casa, prefiere agua pero depende de la situación social como me ha tocado observar. Por ejemplo, la circulación de coca cola entre las vendedoras del mercado o las celebraciones.

Los medicamentos para la presión arterial Susana, siempre tiene que buscarlos no hay un lugar, incluso a veces no los encontró, ni se sabe los nombres.

Lola.

Pues, a veces, debo ser sincera, cuando no tenemos dinero hasta una semana si me he aventado sin medicamento. No me lo dan [en el centro de salud] no, siempre lo he comprado yo. La última vez que fui, me dijo el doctor que si tenía medicamento. Le dije no ya se me va a acabar y me dice es que ahorita no hay en existencia, no hay, pues de todos modos lo he comprado. El de la diabetes yo lo compro. Todos los medicamentos yo los compro. La consulta no la cobran.

... lo que hago, me recomendaron mucho ir a caminar diario que sea una hora y es lo que hago y a veces este me dijeron que el té de alpiste y es lo que también tomo.

...nada más en un litro de agua y un puñito de alpiste y tomado como agua de tiempo

[No va al centro de salud] porque a veces cuando me siento mal me agarra en la noche, no pues hay que irse temprano a sacar cita y todo. Si la verdad [la atienden mejor los privados] que luego, luego me ponen medicamento, ¿qué le pondrán?, lo que sea de cada quien, al día siguiente ya me levanto mejor, me siento mejor

Cuando va al centro de salud... como que me tarda, no sé si será más, si eso es lo malo para ir con ellos porque si son buenos doctores y buen medicamento pero cuanto de dinero hay que dejar

Yo creo que el medicamento es más bajo ¿no? más lento y ellos [los privados] mandan medicamento muy fuerte ellos cuando uno no tiene dinero, uno se tiene que limitar y se aguanta uno, se aguanta uno, pues a veces [cuando no tiene dinero] nada más controlarme con mi medicamento que tengo, llevar la dieta o también ¿sabe que?, me tomo mucho mi té de amargo para controlar un poco la azúcar

No, gracias a dios no [ha tenido crisis de HAS recientemente] la última vez ya tiene como 5 meses, fui a Tláhuac pero en ese tiempo si me vi muy mal porque

no veía yo, la luz no la soportaba yo, me vi muy mala y me llevaron a Tláhuac me internaron y este me detectaron el azúcar alta, la presión la llevaba yo alta, y tenía yo bichos en la panza de lo que tomaba yo agua de la llave, me vino una fuerte infección, ahorita es la más alta que he pasado ahorita.

Evidentemente Lola tiene dificultades para comprar su medicamento. En una visita al preguntarle qué había pasado en su última crisis, me comentó que como no le alcanza para comprarse la medicina que le recetan, se la compra en una farmacia de similares^r que le cuesta más barata, sin embargo, comentó “yo me he fijado que cuando varias veces seguidas me tomo las compro de similares, no me hacen el mismo efecto”. La referencia que ella tiene son las consultas médicas que realiza en general solo cuando se siente mal, sin embargo, esa es su apreciación. Desde luego comprarla en similares significa: enalapril 10 mg = \$45 con 30 pastillas. Enalapril 10 mg; Maleato de enalapril 10mg – marca Siegfried Rhein cuesta \$448 con 60 pastillas, si se compra para 30 días se incrementa el costo. Captopril 25mg en similares \$25; Capotena 25mg, 30 tabletas Bristol Myers Squibb \$383. Ahora le han recetado Micardis de 40 mg que cuesta \$503. Independientemente de lo que suceda en el centro de salud, la experiencia de Lola es que no le dan medicamentos, por lo que su alternativa es seguir comprando en similares.

Los medicamentos en casa de Lola, ocupan diferentes lugares pero siempre logra localizarlos, aunque no siempre recuerda el nombre, más bien la función (para la presión, la diabetes, etc).

Un aspecto que la pone muy triste, es no poder comer de todo por su diabetes, aunque de acuerdo a sus relatos y mis observaciones esto es cíclico, si se siente mal, como ella misma lo dice se apega a la dieta y más si no tiene dinero para ir al médico, conforme se va sintiendo mejor la disciplina se relaja. El consumo de coca cola es rutinario. Los médicos se la han prohibido, pero no sabía que un vaso es equivalente a 6 cucharadas de azúcar, lo que sí pareció impactarle

^r En este texto se habla de farmacia de similares para hacer referencia a diferentes farmacias que venden medicamentos similares, no se hace referencia a una franquicia o marca en particular.

cuando se lo comenté, lo cual habla de la calidad de la comunicación de los médicos en la consulta.

Efectivamente a sus hijos no les gusta la verdura, pero me pude percatar que cuando no hay dinero para carne se hacen caldos con más verdura que carne por lo que el consumo de verdura no es tan esporádico. Ella cuida particularmente la sal porque además no le gusta lo salado.

Lucio

Sí, de plano de por vida, el doctor me las recetó, me dice ¿sabes qué?, de por vida tienes que tomarlas, me dio un escrito para que me dieran las pastillas, cada mes voy por las pastillas, cada mes, cada mes. Voy a consulta [a la clínica de Xochimilco].

Hay veces que si se me olvida y hay veces que continuamente si, continuamente si me la tomo, y hay veces que por ejemplo me voy o en la noche o hay veces están viendo una película o cualquier cosa y ya se me olvida; pero continuamente si me las he estado tomando he, no he dejado de tomármelas, de vez en cuando pero si, porque las pastillas no más están especificadas para un mes, y debo de llevarlas vacías [las cajas], no es válido, es trampa que las eche yo a perder ¿me entiende?, mejor me las sigo tomando como diga el doctor. Y sí nada más que en una ocasión, si de "trés" [se le olvidaron porque andaba muy preocupado]

Lucio tiene resuelto el asunto de su tratamiento farmacológico y el no farmacológico en lo relativo a la alimentación. El recibe dotación mensual de medicamentos y su esposa se encarga de preparar alimentos "que no le hagan mal", aunque en las fiestas y situaciones especiales no sigue las recomendaciones. Sin embargo "...de necio sigue fumando 2 cigarros al día", ha podido dejar el café pero no la coca cola.

Los medicamentos en casa de Lucio tienen un lugar en su cuarto porque cuando los pide les dice a sus nietas que están de visita de dónde los traigan, con todo y color de caja.

Análisis

El tema de seguir la prescripción de medicamentos o adherencia al tratamiento es el más abordado en la investigación sobre HAS desde la perspectiva biomédica (excluyendo la farmacológica) y de salud pública. Desde este enfoque la revisión sistemática de (Schoroeder et al., 2006) mostró que la intervención que tuvo mayor efectividad fue reducir los esquemas de tratamiento y otras que parecieron “prometedoras” fueron las estrategias motivacionales y las complejas. Una revisión sistemática (Glynn et al., 2010) mostró, que un sistema organizado de revisión periódica vinculado a la terapia antihipertensiva que se vaya ajustando de acuerdo a los resultados, tuvo efecto en la disminución de la presión arterial sistólica y diastólica y en la disminución de la mortalidad a 5 años. En esta misma revisión el autor, refiere que las intervenciones hechas por enfermeras o farmacéuticos podrían mejorar los resultados, al igual que los que probaron sistemas de recordatorio de citas. El automonitoreo no mostró efectividad, tampoco las intervenciones educativas a pacientes y profesionales.

Una revisión más reciente sobre efectividad de las intervenciones para mejorar el control de la HAS (Mills et al., 2017) reiteró los hallazgos sobre la disminución de las cifras de presión arterial si el tratamiento se ajusta por un médico u otro tipo de personal. Las reducciones son mínimas cuando se entrena a la persona y con el monitoreo de las cifras en el hogar. Este autor destaca, la falta de estudios en países de bajo y mediano ingreso.

Desde este enfoque cabe aclarar que existen diversas revisiones sistemáticas para evaluar la efectividad de intervenciones encaminadas a mejorar el control de la HAS, por ejemplo, el automonitoreo y tratamiento no farmacológico e intervenciones educativas en organizaciones por mencionar algunas, sin embargo, son reiterativas en hallazgos y autores, por lo que no entraré en más detalles.

Por otro lado, existe también el equivalente de revisiones sistemáticas cualitativas (también conocidas como meta-etnografías o meta-narrativas), las cuales solamente haré alusión a una porque contiene a otras realizadas anteriormente. (Marshall et al. 2012) Estos autores, revisaron 53 estudios cualitativos de 16

países, sin embargo, el resultado es la reconstrucción de la comparación entre la perspectiva biomédica y la perspectiva lega^s. Los principales hallazgos se encaminan a la causa de la HAS sobre la que encontraron que los participantes se enfocan en el estrés, la alimentación, el sobrepeso, los antecedentes familiares y el alcohol; los participantes de diferentes estudios manifestaron síntomas asociados a la elevación de presión arterial. Los autores establecen categorías de no adherencia intencional, vinculada a la relación hipertensión estrés y síntomas y se refiere a la decisión voluntaria de dejar de tomar dosis o el tratamiento como una forma de ajustarlo, según los síntomas de las personas. La no adherencia no intencional, se refiere a los efectos colaterales o al miedo a adicción. Siguiendo el eje de la no adherencia no intencional abordan como causa el uso de la medicina tradicional y los problemas de acceso a medicamentos básicamente por los costos.

A la luz de las revisiones antes descritas, desde la perspectiva biomédica y la de los actores, los casos que nos ocupan están en contextos a los de los estudios de intervención para mejorar el control de la HAS, a través de la adherencia al tratamiento. El problema fundamental es que padecer HAS no es relevante en relevante en las vidas cotidianas de las personas, hasta que se presente una crisis. Por otro lado, los servicios de salud como programa de detección en el pueblo se limitan a medir la presión a las personas que van a recibir consulta médica por cualquier motivo. Eventualmente, la trabajadora social proporciona información sobre las HAS mientras las personas esperan su consulta, independientemente de las funciones y actividades contractuales, no observé que participaran médicos, ni enfermeras. En ese sentido, se ofrece información limitada, aunque si se invita a que se midan la presión regularmente, diferentes personas, no solo los casos manifiestan que tienen que esperar mucho tiempo. En las farmacias les cobran \$5 o \$10 por medirles la presión arterial. En el Centro Universitario de Enfermería Comunitaria les cobraban \$10 por la medición de la presión arterial, aunque recientemente se exentó del pago este procedimiento.

^s *Lay perspective*, que traduzco como lega que en español significa falta de instrucción, ciencia o conocimiento.

Todo esto se relaciona con que si las personas con diagnóstico de HAS no tienen acceso al monitoreo, tienen que confiar en sus señales corporales, lo que contribuye a una búsqueda inoportuna de atención. De acuerdo con los relatos de Susana existe una gran desconfianza de los médico que prescriben, como a los medicamentos, situación que también ha sido documentada en otros contextos, en la revisión de (Marshall J, 2012) y en los estudios de (Gascón JJ et al., 2004b)y (Shima et al., 2014), aunque esta última identifica miedo a efectos colaterales específicos como deshidratación, pérdida de interés en el sexo y cansancio, según los participantes. De la misma manera Lola tiene la impresión de que los medicamentos que le recetan (aunque ella los compre) en el centro de salud, no son efectivos como los que le recetan los médicos privados. En este punto el trabajo de Adams (2015), resulta de especial interés al abordar el tomar medicamentos como un acto simbólico complejo, relacionado con el cuerpo y la identidad. La experiencia de atención a la salud se da a través del medicamento, es decir la experiencia y relaciones con su médico simbolizado por el proceso de prescripción. Tal como interpretan los autores, la narrativa de una mujer: en la consulta, "su médico ignora^t tanto su enfermedad y su experiencia en la medicación..." "me da para lo que cree que tengo y lo que ellos creen, no es lo que yo siento que tengo". La crítica subyacente es a no ser escuchados en la experiencia de su enfermedad y medicación, pero también al exceso de prescripción de medicamentos, uno de sus participantes en el estudio, refiere que: " ves a un médico y te da pastillas, ves a otro y te da otras, vas con otro y te modifica las anteriores". Al igual que piensa que no todas las enfermedades mentales y físicas se pueden curar solo con pastillas. Este participante vincula la crítica con una anécdota fatal, de la misma manera como lo hace Susana, aunque el núcleo de la narrativa de Susana es el miedo al daño que le pueden ocasionar los medicamentos, los evita, solamente invierte en el riesgo cuando el dolor de cabeza es intolerable y la limita en sus actividades, solamente así vale la pena el riesgo.

^t En el sentido de no hacer caso de algo o de alguien, o tratarlos como si no merecieran atención (RAE)

Los autores plantean también en este sentido simbólico como la medicación redefine porque la salud es igual a estar sin medicamento, si lo tomas no estás sano y tienes que organizar tus actividades sobre todo en prescripciones múltiples. En este sentido, tomar más medicamentos también puede desmotivar la búsqueda de atención. En los casos de Susana por no querer tomar “muchos medicamentos” pero en el caso de Lola, le aumentan y le cambian la prescripción, lo que afecta su economía.

En el caso de Lucio, efectivamente se siente bien atendido por los médicos del centro de salud y de la seguridad social y le dan los medicamentos pero además su contexto familiar le facilita seguir el tratamiento que no es el caso de Susana y Lola.

Finalmente, un enfoque diferente es el planteado por (Hodgetts D et al., 2011) que sugiere que en los espacios, los objetos tienen un lugar con relación a la vida de quien los ocupa. En ese sentido refiere que el lugar que ocupan las sustancias es parte de la identidad de las personas y muestra la creación de espacios de cuidado en los hogares. A partir de esta lectura, pude ver efectivamente, el lugar que ocupan los medicamentos en los espacios de las personas, que se vincula con el planteamiento de Adams W (2015), sobre lo simbólico del proceso de prescripción y medicación.

Servicios públicos y Servicios privados.

En esta categoría se describen las experiencias, prácticas y creencias relacionadas con la utilización de servicios de salud

María

María ... esa vez, pero nada más, nada más de lo del coraje que me pasó, bueno me dijo el doctor que sí estoy bien, que si nada más, bueno ahorita si me regañó el doctor, donde me lleva mi nuera, nada más me regaña el doctor [médico privado] ¿quieres vivir o no quieres vivir? ¿quieres morirte? si le haces caso a tus hijos, a la cárcel, tus hijos, ¿porque te metes cuando están peleando? todas las

cosas pues cuando nada más vienen a visitarme mis hijos, ya así viene mi hijo así, pues así llegó [peleándose con su esposa]

Desde su accidente vascular cerebral, fue atendida en Tláhuac de manera inmediata y canalizada al Instituto Nacional de Neurología. María no puede dar cuenta de estos sucesos, ni sabe el nombre de las instituciones, sin embargo, se moviliza la familia de su nuera y la atienden junto con sus hijos y enfrentan los gastos gracias al seguro popular a decir de su nuera "no tuvieron que pagar mucho" aunque no me puede precisar los costos. Le realizaron tomografía y le llevaba el control un neurólogo, sin embargo, finalmente, le dijo que ya no se tomara las "pastillas" y actualmente está sin medicación, solamente a veces toma analgésicos porque se cayó y continúa con dolor. El relato corresponde a una consulta con el médico privado, ya que después de dos consultas más en neurología la dieron de alta y su nuera la llevo a la consulta privada porque sentía que le faltaba fuerza y que nos se recuperaba completamente. Su relato da cuenta de la relación con el médico, le habla de tú y la regaña, le dice qué hacer.

Susana

... este se puede decir que es la primera caja que compré que este un tiempo yo no porque también en el centro de salud, me dieron como dos veces, que he dejado de ir por lo mismo que se tiene una que ir a formar temprano. si pero por ejemplo ahorita en el centro de salud creo que están dando 10 fichas nada más y eso hay que ir a formarse a las 4:00 de la mañana si llega uno después de las 7:00 no hay consulta y aún, así vaya una persona muy enferma, no la reciben, no, te esperas para la tarde

...me tocó ver una chica, ellos siembran de esta lado, sus papas vienen de puebla el que le decía que luego me traen café, ellos. La niña la operaron de la apéndice, bueno ya es señorita, hace un año, van a ser dos años este noviembre, la

operaron en Milpalta pero después de la operación, al medio año se le empezó a poner el ombligo rojo, y a inflamarse, le dijeron que no [tenía nada], porque trabajando en una chinampa a lo mejor se había agarrado con tierra, que era infección. Le dieron para la infección, paso un mes y vuelve a lo mismo. Entonces agarra su mamá se la lleva con una doctora que consulta en Santa Cruz y le dice igual, le manda antibiótico. Y viene la tercera y me dice pero no me gusta, porque ahora si ya le duele parte de la herida. Entonces me habla y me dice ¿qué hago? es que mi hija esta así, ya la llevé al doctor, pero no le hace ya la medicina y dice este la lleve a Milpalta, en Milpalta me la regresaron que no, que tengo llevar un papel extendido por el doctor de acá, valorándola para ya llevarla otra vez; como que le hicieron dar vueltas. Entonces le digo oyes la niña está mal puede ser que algo esté mal por dentro, ha pasado que en las cirugías llegan a quedar cosas adentro, le dije es que ya le hubieras hecho una radiografía; es que si se la hicieron [le dice] pero no le sale nada y le digo ¿qué hacemos? o ¿qué piensas hacer, la llevamos a particular?, y dice este no. ¿qué te dijeron en el centro de salud? no me quisieron dar consulta, me dijeron que no, que me espere hasta mañana a formarme temprano para alcanzar ficha pero yo la veo mal [a su hija] y no quiere comer bien. Y le digo bueno, ahorita te alcanzo estaba yo en el mercado, y ya cuando fui me dice que crees me regresé en la tarde y este doctor me dio consulta, pero me dice que probablemente le vuelvan a abrir porque puede ser que haya infección por dentro. El doctor me la mando para San Lorenzo, en la especialidad, pues le digo vámonos; eran como las 4 de la tarde, ¿si no me reciben? [le pregunta], pues pasa y que ella diga que se siente mal, que la chequen primeramente dios, ten fe en dios, que la reciban y la chequen luego. Ya nos fuimos y si tenía muy inflamado, ya se le había hinchado se le había hecho una bolita y hasta que la blusa le rosara, le molestaba.

Llegamos y ya me dicen ¿a qué vienen?, la niña viene mal, me extendieron un papel del centro de salud para traerla, es necesario que la chequen urgentemente. Dice si pero nada más pasa la mama y ella y le dije si no importa y ya se metió. Yo tengo mucha fe en dios y me puse a orar en el camino y gracias a dios, luego, luego la atendieron la recibió una doctora, la metieron a hacer estudios rápido radiografías, para ver cómo estaba. A las 6 me dice, se queda,

se queda por que si le van abrir, le va ir abriendo hasta donde está el mal. Imagínese hubiera ido al centro de salud y no llegaron a la hora de la ficha no la podía atender...

Contrario a lo que la mayoría de personas refiere, a Susana si le han dado medicamento para la HAS, pero coincide con otros usuarios entrevistados que no son casos, el problema en el centro de salud es ir tan temprano y con el riesgo de no alcanzar ficha, en otros casos no les han dado medicamento que es lo que haría que valiera la pena para invertir una mañana por los tiempos de espera. Su relato deja en claro que no se puede contar con el centro de salud, ni en situaciones de emergencia, a la vez que da cuenta del retraso en la atención motivado por médico privado y público, aunque finalmente el médico de la tarde resolvió el traslado, Susana tuvo que orar porque se necesita mucho más que tener acceso geográfico a los servicios de salud.

Lucio

En la clínica del ISSSTE lo atienden bien, va cada mes ...nada más que es un poquito más tardado pero de todos modos es un chequeo, por ejemplo checan la presión, por ejemplo digamos cuanto mide, y el peso y ya llega uno con el doctor, sabes que pos me arde la garganta o tengo tos o me duele la espalda o me siento y ya me checa y también a ella [a su esposa, van juntos a consulta mensual] ya nos recetan por ejemplo las inyecciones para la, para la gripa y ese paracetamol para el dolor o el otro ese, no sé cómo se llama, misaclemaco o como se llame^u

Esas son las pastillas que nos recetan, y por ejemplo hay otra pastilla para la tos, no sé cómo se llama o jarabe, esas continuamente vamos a Xochimilco [a la clínica del ISSSTE] y ahí nos surten de medicinas y este he estado tomando esa.

^u Es notorio que cada vez que me dice algo sobre los medicamentos, le habla a su esposa o nieta (27 años) para que le digan el nombre o la dosis.

Le voy a decir sincero, por ejemplo cuando no quiero al ISSSTE, pues tengo el seguro popular acá, sí tengo mi seguro popular y voy digamos a consultas cuando estoy así, que me duele esto el otro voy ahí, saco mi cita y ya me mandan por acá en Tláhuac al hospital, ahí vamos nosotros también pero más, hemos utilizado ahí [ISSSTE], porque de ahí nos mandan a Churubusco, está la clínica de Churubusco de ahí hacen otro oficio para irse a López Mateos, y según la enfermedad que tenga uno si hay aparatos, nos mandan para allá. Lo que es más sencillo acá vamos rápido. Ahí si atienden bien, si le digo porque a veces, que por ejemplo cuando mi esposa se puso bien mala, que se cayó, fuimos un viernes que se cayó, fuimos acá y ya de aquí la mandaron Tulyehualco a sacarse una radiografía y luego después el doctor, le puso una férula, otro de acá se la puso y ya la vendó y ya posteriormente estuvo como más de 20 días así y ya fuimos ahí mismo a que se la checaran y ya después fuimos aquí a la clínica de Xochimilco, ahí le sacaron la radiografía dijeron que ya estaba bien nada más el reposo, pero si ocupamos ahí también.

Es claro como Lucio y su esposa hacen uso de todos los recursos para la atención a la salud con los que cuentan, tienen claro cuando deciden ir a un lugar u a otro, aunque en sus relatos muestra mayor confianza en el ISSSTE y también ven la ventaja de recibir los medicamentos gratuitos, él tiene el control y decide cuál servicio usar.

Lola

Sí me la detectaron [diabetes], empecé a bajar mucho, mucho de peso, bastante quedé muy delgadita y de ahí ya me trataron me fui al doctor y me dijeron que tenía la diabetes en el centro de salud, tengo el seguro popular aquí el de San Luis y de ahí cuando me pongo mala me voy a de Milpalta o a Tláhuac, me voy directo, porque cuando saque el seguro me dijeron que podía llegar a Milpalta o a Tláhuac, y si gracias a dios he ido a Tláhuac y me atienden muy bien ahí luego, luego, cuando voy mala que se me sube el azúcar luego, luego, me atienden y me ponen suero lo que me haga falta.

... mi hijo es el que se va a formar el que saca la ficha... a las 5:00...bien temprano, para que nos toque de la primeras y no nos toque muy retirado a veces no alcanzo, me tengo que esperar al siguiente día... a veces quien sabe porque pero hay demasiada gente, bastante, luego ya se va temprano él y hay gente luego ya viene, y ya me dice córrele vete mamá

[Espera para la consulta] pues como dos horas todavía en lo que llegan los doctores y eso, luego en lo que empiezan a pasar depende de la ficha que le toque

... no, la última vez que fui me dijo el doctor que si tenía medicamento. Le dije no ya se me va a acabar lo compro, y me dice es que ahorita no hay en existencia, no hay, pos de todos modos lo he comprado y este no^v

... y me inyecta y no sé qué me hace ¿quiere que la inyecte? Hágame lo que quiera compóngame doctor porque me siento bien mal, porque a veces cuando ya me pongo mal ya no puedo ni caminar. [le duele] la cabeza, el cuerpo los pies ya no tienen fuerza.

... y es que dice [el doctor] que por la misma enfermedad [en general] se van descalcificando los huesos, por eso se siente y me vitaminó

Porque a veces cuando me siento mal me agarra en la noche y a esa hora pos donde. no pos hay que irse temprano a sacar cita y todo [el médico privado] si, la verdad atienden mejor que luego, luego me ponen medicamento... me mandan medicamento lo que sea de cada quien, al día siguiente ya me levanto más mejor, me siento más mejor

[En el centro de salud] como que me tarda, [para mejorar]... para ir con privados porque si son buenos doctores y buen medicamento pero cuánto de dinero hay que dejar.

^v Refiere que no le dan los medicamentos ni para la diabetes, ni para la HAS, pero que la consulta no se la cobra.

... pos yo creo que es más bajo [el medicamento del centro de salud] ¿no? más lento y ellos mandan medicamento muy fuertes.

También le cobra cuanto de consulta a \$120^w, lo que tiene él es que luego, luego le va a hacer estudio es la diferencia de él, le pregunta le dice que es lo que siente y todo eso y "sabe que" en la semana tiene que tenerme los estudios para yo guiarme en eso y ya mandarles...Si son caros ya tiene que hacer su guardado, porque gasta aparte cuanto le sale un estudio...son \$500.00 depende lo que le mande

Lola a veces asiste al centro de salud si no tiene dinero pero su experiencia es que no le dan medicamento y lo que le recetan no es igual de efectivo que cuando va al médico privado. La decisión de ir al médico privado es cuando considera que necesita atención inmediata por el malestar, pero si el malestar es muy intenso y ella de estima que podría necesitar hospitalizarse, entonces se va directo al hospital de Milpalta o Tláhuac.

Análisis

El acceso a los servicios de salud se define como el grado en el cual los individuos y los grupos tienen la capacidad de obtener los cuidados que requieren por parte de los servicios de atención médica (Fajardo-Dolci G et al., 2015) los relatos de Susana y Lola informan sobre la forma en que los servicios pueden no ser accesibles para ellas en términos de la inversión de tiempo y esfuerzo, que conjugado con lo que Boltansky define como cultura somática se conjugan para invertir periódicamente en atención médica, lo que incide en la economía familiar y refuerza la búsqueda de atención en situaciones de crisis. Los resultados de encuestas según la OCDE (2005) indican que apenas poco menos de 20 por ciento de los hogares en el quintil inferior o primer quintil enfrenta gastos catastróficos y empobrecedores, cifra que se reduce a menos de 3 por ciento en el decil más alto. Esto desde luego guarda relación con la población que cuenta

^w Se trata de un médico que recientemente está dando consulta de menor precio que el resto de los médicos privados al parecer es un residente del INER, pero inicia su consulta después de la 19 hrs algunos días y no he tenido oportunidad de entrevistarlo.

con algún tipo de seguridad social. Los cuatro casos presentados cuentan con seguro popular debido al programa de gratuidad del gobierno del DF, en el que efectivamente no se cobra consulta ni medicamentos, sin embargo en los hechos las dificultades para acceder a la consulta y a los medicamentos desvirtúan la idea de tener una cobertura efectiva.

Por otro lado, el seguro popular en todos los casos les ha servido para resolver problemas de salud que requieren atención especializada y lo utilizan de manera directa o con referencia, como una forma de evitar lo que para estas familias serían gastos catastróficos, sin embargo se mantiene en términos prácticos la escasa utilización de los servicios de salud con fines preventivos y de detección. Cabe mencionar que los tiempos de espera son reconocidos a nivel mundial como barreras para el acceso a los servicios de salud, sobre todo en atención primaria (Ronksley P et al., 2014). Llama la atención que un aspecto relacionado con los servicios de salud como es la calidad del encuentro clínico y la relación médico-paciente, sea mencionado una sola vez por María. En las entrevistas informales con pacientes en la sala de espera del centro de salud fue común que comentaran particularmente, sobre un médico "tiene su carácter, pero es muy bueno", "aunque regaña pero siempre le atina", da la impresión de una normalización del "regañó" médico y de "no atinarle" porque este sí.

Categoría: relatos de la vida social que dan cuenta de los contextos

El estudio de la experiencia de la enfermedad y las situaciones descritas en torno a la HAS, siempre estuvo rebasada por otras situaciones que ponen a las familias en crisis y muestran como sus contextos sociales y económicos determinan estas experiencias frente a las cuales el hecho de tener diagnóstico de HAS pierde relevancia. Esta es la razón por la que en esta categoría se muestran relatos que dan cuenta de las dificultades y maltrato que enfrentan las familias.

María

En una entrevista 9 meses después, María se había incorporado a trabajar y se cayó al ir caminando en la carretera de Xochimilco.

La caída.

... se lastimó mi pie, y aquí mi mano se puso morado, como que se quebró le dije a mi nuera, siento como si se quebró mi bracito le dije como que nada más se colgó así, mi mano, mi brazo y luego mi pie también así como que se dobló así...muy fuerte, eso que apenas ya estoy poco a poco ya caminando...^x

.. Me sobó [un huesero] las dos rodillas, tobillo y mano, la mano perdió la fuerza, pero todavía me duele, pero ya no mucho, ya es menos nada más que ya puedo mover esta. Una semana, una semana casi si una semana como puedo yo camino, así no más de un lado así. Sí, me eché la pomada en la noche todavía me duele, sí cuando bajo del micro como me duele mi pie, nada más despacio, despacio así nada más caminando pasitos, pasitos así y llego ya a mi trabajo como a las 9:00 [le duele mientras hace su trabajo], pero no le hago caso cuando me duele, no le hago caso, hago y hago y ya, si le hago más caso, más que me duele.

Ya no más de la noche, nada más le estoy echando así [la pomada], no más antier que la puse así, me dolió en la noche, me dolió en la noche no me dejo dormir, ese es el que me pica más [señala un pie] creo que se dobló así o no sé cómo se dobló mi pie unos centímetros, no más que ya poco a poco va mejor.

... luego que ni se me quita el dolor, con las pastillas me dan, luego no se me pasa, luego ese día también, que dolió mi pie, no me ayudo en nada la pastilla.

También me dolió aquí mi pie, ya se me estaba poquito quitando, ya podía caminar un cachito y que me caigo otra vez, me dolió otra vez, porque me dolió mucho y ya no puedo caminar con esta tampoco

^x La nuera comenta que se lastimó las dos rodillas, su tobillo y su mano, que su mano era la más afectada

El problema

pero ella [su nuera que no vive con ella] no sé qué le falta, pero pensaba yo también que no hace nada en su casa, ni le lava a mi hijo, quiero bien limpio a mi hijo, pero ella no lava, anda bien mugroso mi hijo, lavé una vez la ropa, mira, le enseñé y ya, así lávale a mi hijo, como te gusta que ande mugroso tu marido, tállele bien la ropa, échele bien jabón, pero hay jabón es que le faltaba échele bien, tállalo bien, lávale como la otra, échele mucha agua cuando ya está limpia la ropa, nada más, si le exprimes la ropa, tienes que sacudir, se pone como chicharrón la ropa le digo, como se pone eso, no quiero que esté así. Ya muchos días le enseñé así pero no entiende, no le lava bien a mi hijo, todavía sigue sucia la ropa, trae grasa de pollo, así la deja mi hijo por eso todo eso me enoje.

Lola

La quiebra

... aquí ya tenemos tres años, dos años más o menos que nos fuimos a la quiebra porque antes echaba mucha nochebuena, bastante, llenábamos todos los invernaderos, pero empezaba la gente préstame tantas, luego te pago, si, o préstame dinero, sí; ¿Cuál? hubo el día que cuando quisimos ver nos quedamos en ceros, no teníamos ni para invertir.

Ahorita un carro de tierra le está saliendo en \$4,500.00, el bulto de bolsa que tienen que pagar así en efectivo, al momento luego, luego, y la planta y ya no conviene; la planta está muy barata [al venderla] la nochebuena, ya no echamos la nochebuena este año, le digo que estuvimos muy bajos de recursos ahora, porque hay que comprar...la maceta.

El accidente de la nieta

...pues fíjese que apenas, tiene como 20 días que me lleve otra impresión y le digo a él sabes que vámonos al doctor [particular], y estamos que vamos a ir y no hemos ido, quiero doctor porque me siento mal, ¿Por qué? Yo creo que me espante mucho la niña se nos cayó, mi nieta, se nos cayó y fue tanta la impresión. Aquí, estaba jugando en su carrito pero no se montó, se paró y como que patinó el carrito y va para abajo la escuincla se fracturó la manita

Ya en el hospital:

... yo pasé y mi hijo que andábamos ahí movidos, me dice la trabajadora, muy buena trabajadora lo que sea de cada quien muy buena la que nos recibió, no llore su hija está sana, lo que si un descuido un descuido de niños; hay que bueno no como la otra que me dijo. No pues si fue un descuido [de los padres] ellos juegan ellos juegan

Si salir y correr y buscar, no los llevamos a Tláhuac porque está metido en ese grupo, que tienen seguro popular [su hijo], pero no fue tanto la tristeza porque que, si no las aceptaron, gracias a dios nunca nos han atendido mal ahí, nunca, nunca, siempre nos han recibido, siempre ya la metieron con mi hijo y la sacaron, no más le pusieron un medio yeso que era fractura muy grave, tenía que ver un especialista que ahí no le podían hacer nada porque ahí no había especialistas.

Nos mandaron a este aquí a Xomale, fuimos a Xomale y este si nos recibieron, la metieron luego, luego en un hospital, ahí está junto a Huipulco, en Huipulco^y si la recibieron pero que cree, que ya estaba tendida, ya entró mi hijo, me mandaron a llamar yo fui y me dijo una trabajadora social ahí, que ahí pues no aceptaban el seguro popular que era un hospital particular y que no nos podían atender a la niña, bueno nos la podían atender siempre y cuando, teníamos que pagar todo lo que se requería; bueno, y ¿Cuánto es o qué? Pues tiene que pagar \$2000.00 de cada clavo [necesitaba 4] \$2000.00 pesos aparte la placa, aparte los días que se va a quedar la niña, y aparte lo de la consulta que le cobraron... este \$800.00 le cobraron ese día. Si, le dijo no pues es que ¿cuánto más o menos

^y Se refería al Instituto Nacional de Rehabilitación

*sería?, pues como 15 mil, no lo tenemos, pues no lo podemos atender... nada, teníamos que cubrir el dinero, tiene que cubrir el dinero
... ya después salimos, a las 4 de la mañana la sacaron de ahí, pues vámonos hijo mi hermano, ese día vino gracias a Dios, digamos que llegó de visita y que nos anduvo llevando.*

Ya entro, ya nos dejó aquí, sí; y a otro día a pararte temprano y le digo a mi hijo ¿qué hacemos? Fue tanto el trauma de ver a la niña así, y que nada más lloraba y lloraba y lloraba y lloraba, le digo ¿Qué hacemos? y sin dinero y este nos dijeron allá, lo más cerca que les queda es el infantil; pero eso sí, si van allá los van a interrogar a lo mejor hasta la cárcel los van a mandar, tiene que levantar un acta, es que fue un accidente hijo, vamos lo que Dios diga. Si un accidente y un descuido de nosotros, pero este son niños...

Pues en ese momento nadie tenía consolación, nadie, nadie todos lloraban ¿Qué hacemos? Mi hijo se puso histérico también, ¿Qué vamos a hacer amá?, le digo cálmate hijo, cálmate, todos lloramos que vamos a hacer con la niña así, la manita estaba caída, estaba triste la manita pos vámonos al ISSSTE a ver qué dios dice, lo que sea no hicimos nada malo hijo vámonos. Conseguimos un taxi de los vecinos, no, no pero como le digo si vamos al ISSSTE nos van a cobrar [no son derechohabientes], es lo mismo si nos lo reciben tenemos que pagar cierta cantidad, le digo no vámonos mejor al infantil, al infantil sino hasta Milpalta pero creo que ahí no hay especialistas pues vamos al infantil y del infantil a ver a donde no mandan y ahí vamos con el muchacho[el chofer] a Xochimilco, y nos dice este ahí no la lleven dice llévensela aquí al IMAN, es que no lo conocemos, ¿no lo conocen? no, pero ¿si no las van a reciben? si se la reciben, que la niña va tranquila, y le digo no si le duele el brazo y necesita operación, ¿Cómo? que de tiro se te cayo muy feo, yo digo que no pero tiene fracturado el huesito, pues si los llevo hasta allá, el mismo nos llevó. Si me recibieron y aceptaron el seguro popular y si gracias a dios y pagamos lo mínimo y no nos cobraron mucho, yo pasé y mi hijo que andábamos ahí movidos, me dice la trabajadora, muy buena trabajadora lo que sea de cada quien muy buena lo que nos recibió, no llore su

hija está sana, lo que si, un descuido, un descuido de niños; hay que bueno no como la otra que me dijo. No pues si fue un descuido ellos juegan.

Muy bien ese día los doctores, las enfermeras muy buenas enfermeras de veras, la verdad. Muy bien, la que si me trató mal fue una trabajadora social, de este de ortopedia, me quedé con mi niña, cuando la operaron me quede una noche yo, yo me quede que agarramos corrimos y dejamos a la nuera, se quedó como no cabíamos, todos no más fue mi hijo, la niña y yo y ella [la mamá de la ñina] se quedó. Nombre cuando fui a dar de alta le digo a la trabajadora vengo que me firme este papel mi niña salga de alta y empieza a ver, y ¿Qué le paso? ya empezó a leer, no eso no está bien, ¿ya vino el DIF a interrogarlos? ya hablamos con la trabajadora de abajo, no, ¿qué es de usted la niña? Es mi nieta, usted no tiene de que ver acá nada si, ¿por qué lo dejaron a usted? Porque mi nuera se quedó allá cuando tuvo el accidente la niña desde el sábado tuvo el accidente, se quedó mi nuera con el otro niño, no es que no, usted no es su obligación, haga a su hijo responsable y usted no tiene por qué meterse en la vida de ellos, me dijo hasta lo que no, se lo juro, me hizo llorar, y le digo sabe yo sé que es obligación de mi hijo pero mi responsabilidad es mía, porque es mi nieta y es hijo y están conmigo, usted está mal, está mal y está muy mal, nunca va a dejar crecer a su hijo, es que una cosa y es otra cosa. Es un accidente lo que pasó, ahorita lo que hicimos no nos acordamos de nada, el chiste que teníamos que correr y que la niña se curara sí, no es que no, al final me dijo que era yo una persona que alcaheteaba a mi hijo, bien mal que me trato y me sacó del edificio, me sacó. Le digo a mi hijo ahora quédate y abusado con la niña porque la niña está en cama córrele mamá bájate, le digo si ya me baje llorando, me dice mi hijo no llore, le digo no lloro porque me sacó si no el coraje de porque nos trata así la trabajadora...

... y digo pues ni modo, ahora te puede pedir ve a la niña pero como le digo a él nomás las enfermeras se encierran y los dejan llorar no creo que están cuidando uno por uno y le digo apúrate por la niña estaba llorando, si desde que llegamos la niña estaba llore y llore y llore y llore que ya se quería venir, ya se quería venir; yo dije es que es una niña tiene que buscar su hermanito, su casa...

Lucio

La crisis

Estaba muy preocupado, porque la verdad en primera pues tuvo un problema en el trabajo mi hijo, en el hospital, sus hijos estaban malos, sus nietos y la verdad pos si me preocupé. Entonces en una ocasión si venia yo de Xochimilco fuimos al doctor y por ahí sentí jijo, sentí como que me quería caer ya y luego después como me sentí bien mareado como si estuviera tomado, vine acá me tome la pastilla pero no me controlaba yo y ya fuimos a ver una doctora que esta por acá arriba que es similar y me dio miedo pues dice si tiene el ISSSTE váyase inmediatamente por que le puede dar un paro, y dije a jijo y le dijo bueno que es paro, no pues pierde el conocimiento, se desmaya...Porque, le platique cómo estaba y no se me quitaba pues y me sentía así borracho, entonces me dijo que tenía la presión muy alta, pero me dice sabe que váyase para que lo canalicen y para que le den algo para que se normalice su presión y me puso una pastilla debajo dela lengua pero ni así fíjese, ni así pos si ya tiene mucho tiempo, tendrá casi como 1 año más o menos. Si le digo, me dijo la doctora "ha de tener usted un problema o algo" y sí la verdad si tenía yo problemas pues con lo de mi hijo, pero mucha preocupación y eso porque nunca me sentía así.

Discusión

Como marco para la discusión retomo tres aspectos; primero, este trabajo se propuso utilizar como guía la fenomenología crítica desde la propuesta de Good (Good BJ, 2003), lo cual es de interés clínico para una mejor comprensión de la experiencia de padecer HAS para quienes interactuamos con las personas bajo este diagnóstico. Segundo, en esta propuesta se establece que la enfermedad afecta todas las dimensiones de la vida cotidiana y esa vida está determinada por sus contextos y por tanto modulan el ritmo de la enfermedad y su tratamiento.

Tercero es esa vida afectada donde se da significado a la enfermedad, de tal forma que la experiencia se recoge a través de las narrativas de las personas enfermas y se interpreta en sus contextos, sobre los que también da cuenta la misma narrativa.

A partir de estos aspectos estudié la experiencia de padecer HAS en personas que comparten un mismo espacio y dado su género y sus condiciones de originarios del lugar o inmigrantes, sus contextos sociales, económicos y culturales varía, por lo cual esperaba vidas cotidianas y experiencias de la enfermedad que dieran cuenta de cómo son configuradas.

El análisis de estos casos, me permiten plantear que el diagnóstico de HAS para personas en el contexto descrito no adquiere relevancia frente a una vida cotidiana enfocada a la subsistencia. En estos contextos la aparición de la HAS en términos generales no afecta las diferentes las dimensiones de la vida de las personas, salvo en crisis, porque existen otros aspectos de la familia y el trabajo que les demandan más su atención. Esto difiere de otros hallazgos como los de Schuster (Schuster J et al., 2011) que estudió las construcciones metafóricas de tres grupos étnicos inmigrantes de los Países Bajos, describió que el diagnóstico de HAS para algunas personas ha significado estar en constante peligro, como "tener una bomba de tiempo," "un asesino al que hay que estar atento" o bien que padecerla es como estar destinado a morir.

Por otro lado, hay similitud en las narrativas, con la mayoría de los estudios en cuanto a que las personas entrevistadas describen vidas "bajo presión" o "presión de vida" según el estudio de Higgintbottom (Higgintbottom G, 2008). Según la autora la presión o el estrés es una dimensión de la vida que las personas relacionan con la HAS y tal vez es esta la respuesta que los casos presentados dan a la propuesta de Good, (Good BJ 2003) los problemas, el sufrimiento, las preocupaciones agrupadas por otros autores como estrés o presión es una dimensión permanente en la vida de las personas en contextos de desventaja y pobres condiciones materiales de vida. La HAS y otros malestares se incorporan de manera natural como dice Das a los altibajos de la vida. Un aspecto importante,

es que múltiples estudios cualitativos y cuantitativos, (ver la revisión de Marshall, 2011) utilizan la categoría estrés como una caja donde caben todas las fuentes que lo generan, el trabajo, los gastos, la vida urbana o la discriminación etc. Sin embargo, la naturaleza de los eventos, por ejemplo, la enfermedad de un familiar, es distinto del tráfico de la vida urbana. Muchos estudios son realizados en población migrante y destacan el aspecto económico de manera constante y de adaptación al nuevo ambiente, que incluye el cambio de alimentación y de rutinas de vida. El punto es que el diagnóstico de HAS en poblaciones con desventajas se vive como origen y consecuencia de la presión de la vida diaria generada por problemas económicos y familiares que acompañan al diagnóstico de HAS. En la mayoría de los estudios las personas viven la enfermedad y el tratamiento como problemático y limitante, sin embargo, los contextos difieren mucho, hasta donde es posible apreciar, de los casos analizados en este trabajo.

Lo observado en los casos llama la atención, particularmente porque se ha documentado que incluso etiquetar a las personas con el diagnóstico de HAS, independientemente de si es verdadero o del tratamiento, ha afectado la vida de las personas,(Pickering T, 2006) por ejemplo faltaron más al trabajo y hubo deterioro marital, por lo que está siendo motivo de preocupación desde la perspectiva biomédica y de lo que ha derivado la recomendación de que cuando se comunique el diagnóstico se haga con énfasis positivo por ejemplo: tiene usted hipertensión arterial pero se puede controlar y evitar las consecuencias.(Ogedegbe, 2010). Indudablemente la diferencia la da el contexto. En este mismo orden de ideas, no observé, a lo largo del estudio, en los casos, ni en otras personas la aplicación de alguna estrategia de las propuestas para mejorar el control de la HAS, cuando menos no se mencionó en las diversas entrevistas, incluyendo la de profesionales de la salud.

De manera específica, quiero hacer referencia a que más que el origen, inmigrante u originario, estar en el contexto de las chinampas, condensa situaciones de vida en las que en estos casos la diferencia la marcaron el género y la generación en la situación de María, quien es la madre del marido y la de Lucio que es el padre cuidado por la familia, a diferencia de Susana y Lola que independientemente de su origen llevan la carga de contribuir económicamente

y la del trabajo doméstico. Sabemos que el género atraviesa todos los determinantes sociales y contribuye a la configuración de la salud mediado por la ubicación de la mujer dentro de las jerarquías del poder, prestigio y acceso a los recursos familiares (García, 2014). El trabajo doméstico no remunerado, conceptualmente incluye el cuidado de los miembros de la familia, (dependientes y no dependientes) necesario para la reproducción social y en general recae en Susana y Lola por razones de género, como es en general en el país. Según Folbre (2014) desde una perspectiva económica, se ha visto como una expresión de altruismo natural o biológico ubicado en la familia, diferente de la búsqueda del interés personal e individual en el mercado competitivo y se compensa por una satisfacción personal, pero desde una perspectiva feminista, el cuidado, no está determinado únicamente por el altruismo, sino que también está determinada por las estructuras institucionales y las tradiciones culturales que operan dentro del contexto de reglas que se pueden hacer cumplir y normas internalizadas que definen las obligaciones de cuidar. Un aspecto fundamental es que el cuidado, como parte del trabajo doméstico no remunerado, no puede ser visto solo en términos económicos (que no se paga), debido a la carga emocional que implica, particularmente en la HAS existe una larga historia de estudios que analizan su relación, desde diferentes perspectivas. A partir de los casos estudiados y sus narraciones alusivas a las emociones relacionadas con la HAS, destacan los estudios desde una perspectiva social, se han estudiado las relaciones entre las cifras de presión arterial y racismo, percepción de discriminación (Neblett JR et al., 2012) y estatus socioeconómico (Grottoa I et al., 2008, Conen D et al., 2009). En personas con diagnóstico de HAS; bajo el rubro de estrés psicosocial se han analizado temas sociales como la percepción y experiencia de racismo y el estatus socioeconómico (Williams D and Neighbors H, 2001) que a partir de múltiples investigaciones, vía estrés, han mostrado una relación con padecer HAS y su falta de control, esto reconocido como una situación de estrés crónico que viven las personas en situaciones de desventaja social, económica y cultural, que se traducen en menor escolaridad, ocupación menos calificada y situaciones de adaptación a una nueva cultura como es el caso

de la migración, además de las experiencias de racismo y discriminación que contribuyen a padecer HAS (Cuffee YL et al., 2012).

Finalmente, es importante puntualizar que la historia de Susana, ilustra la vida de muchas niñas indígenas que llegan a la Ciudad de México a trabajar y que a la fecha sigue trabajando con la misma intensidad (Unicef, 2010).

Conclusiones

- Aproximarse al estudio de la no adherencia al tratamiento desde la perspectiva de las “barreras o razones” es mirar la superficie de complejos entramados en la vida de personas que viven en situación de pobreza.
- La experiencia de la enfermedad en el caso de las mujeres fue claramente modulada por los contextos sociales, económicos, pero sobre todo determinan la continuidad del tratamiento en situaciones constantes de sobrevivencia económica y pobre información sobre los riesgos.
- El análisis de la experiencia de la enfermedad en las dimensiones de la vida cotidiana permitió comprender que la HAS es una enfermedad ligada a las emociones, identificadas por las participantes en eventos o situaciones de crisis de la vida cotidiana, sin embargo, se normalizan en un entramado de condiciones estructurales de desventaja social y de género.
- La vida cotidiana de las mujeres del estudio, no se vio alterada por padecer HAS y dentro de la dinámica familiar no destaca preocupación o atención por alguno de los miembros de la familia, es indiferente si las mujeres siguen o no el tratamiento o si acuden a sus citas, solamente en situaciones de crisis hipertensivas son acompañadas. Las mujeres viven en soledad su padecimiento, el tratamiento y autocuidado no son relevantes, la cultura somática configurada por sus condiciones de vida normaliza y hace invisible al padecimiento. La diferencia en la atención

recibida la marca la generación. La diferencia en el hombre es totalmente opuesta.

- La relación con los servicios públicos está basada en la desconfianza, frente a las mujeres del estudio no tienen credibilidad, ni las personas, ni los medicamentos que les otorgan lo que es definitivo para no dar seguimiento a su tratamiento y control, ya que depende de que haya recursos para pagar un médico privado y comprar medicamentos.

Comentario final. Las circunstancias del trabajo de campo son diversas y poco abordadas en el desarrollo de los textos metodológicos con enfoques prácticos, por esta razón en el anexo 4 agrego algunas reflexiones sobre aspectos que de manera no ortodoxa debieran incluirse en una sección que cuestione ¿cómo ciertas circunstancias o acontecimientos afectaron ética, epistemológica y metodológicamente el estudio.? En este trabajo los participantes, no habían sido parte de un estudio que requiriera las entrevistas y visitas domiciliarias, pero diversas personas con quiénes interactúe si, y la comunidad en general si, en ese sentido dejo esos breves apuntes.

Referencias bibliográficas

Alsabbagh, M.H.D.W., Lemstra, M., Eurich, D., Lix, L.M., Wilson, T.W., Watson, E. and Blackburn, D.F. (2014). Socioeconomic Status and Nonadherence to Antihypertensive Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Value in Health*, 17(2), pp.288–296.

Achotegui, J. (2009). Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de ulises). *Gaceta Médica de Bilbao*, 106(4), pp.122–133.

Adams, W.E., Todorova, I.L.G., Guzzardo, M.T. and Falcón, L.M. (2015). "The problem here is that they want to solve everything with pills": medication use and identity among Mainland Puerto Ricans. *Sociology of Health & Illness*, [online] 37(6), pp.904–919. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4521983/pdf/nihms647882.pdf> [Accessed 18 Jun. 2019].

Altiner, A. (2012). Patients' concepts of hypertension. New insights support the need for more shared decision making independent of cultural background. *BMJ*, 345, e4688.

Amezcuca, M. and Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, [online] 76, pp.423–436. Available at: <https://www.scielosp.org/article/resp/2002.v76n5/423-436/> [Accessed 17 Dec. 2020].

Arredondo, A. & Zuñiga, A. (2012). Cambios epidemiológicos y consecuencias financieras de la hipertensión en América Latina: implicaciones para el sistema de salud y los pacientes en México. *Cad. Saúde Pública*, 28, pp. 497-502.

Río, B., Álvarez, M., García, C., Solano, A. (2003). Las mujeres inmigrantes en Sevilla: salud y condiciones de trabajo. Una revisión desde la medicina social. *Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*.104, pp. 123-144

Benson, J. (2002). Patients' decisions about whether or not to take antihypertensive drugs: qualitative study. *BMJ*, 325(7369), pp.873–873.

Benson, J. and Britten, N. (2005). What effects do patients feel from their antihypertensive tablets and how do they react to them? Qualitative analysis of interviews with patients. *Family Practice*, 23(1), pp.80–87.

Berger, PL, & Lickmann, T. (2008). El lenguaje y el conocimiento en la vida cotidiana. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu

- Beune, E.J., Haafkens, J.A., Agyemang, C., Schuster, J.S. and Willems, D.L. (2008). How Ghanaian, African-Surinamese and Dutch patients perceive and manage antihypertensive drug treatment: a qualitative study. *Journal of Hypertension*, 26(4), pp.648–656.
- Beune, E.J.A.J., Haafkens, J.A., Schuster, J.S. and Bindels, P.J.E. (2006). "Under pressure": how Ghanaian, African-Surinamese and Dutch patients explain hypertension. *Journal of Human Hypertension*, [online] 20(12), pp.946–955. Available at: <https://www.nature.com/articles/1002094#citeas> [Accessed 8 Feb. 2020].
- Boltansky, L. (1975). *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Periferia.
- Bronfman, M. (2000) *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2000. p 113.
- Boutin-Foster, C., Ogedegbe, G., Ravenell, J.E., Robbins, L., Charlson. M.E. (2007) Ascribing meaning to hypertension: a qualitative study among African Americans with uncontrolled hypertension. *Ethn Dis*,17(1):29-34.
- Brookes L. Hypertension highlights: update for European Guidelines , plus new evidence for blood pressure targets a and strategies. Medscape Cardiology. Disponible en: <http://www.medscape .com/ Viewarticle/710127>. Obtenido el 29 de noviembre de 2020
- Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L. and Rojas-Martínez, R. (2013). Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. *Salud Pública de México*, 55(Supl.2), p.144.
- Campos, R. (2004). Experiencias sobre salud intercultural en America Latina. *In: Fernández, G. (ed.) Salud e interculturalidad. Perspectivas antropológicas*. Quito: ABYA-YALA.
- Carnabal, B., Torres, P. & Burela, G. (1992). *La Ciudad y sus chinampas, el caso de Xochimilco*, México, DF, UAM-Xochimilco.
- Carrillo-Balam, G., Cantoral, A., Rodríguez-Carmona, Y. and Christensen, D.L. (2020). Health-care coverage and access to health care in the context of type 2 diabetes and hypertension in rural Mexico: a systematic literature review. *Public Health*, 181, pp.8–15.
- Castro, R. (2011). Interaccionismo simbólico y salud. Supuestos metateóricos y consecuencias empíricas. *Teoría Social y salud* Buenos Aires: Lugar.

Coffey, A. & Atkinson, P. (2003). Narrativas y relatos. *Encontrar el sentido a los datos cualitativos*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Conen, D., Glynn, R.J., Ridker, P.M., Buring, J.E. and Albert, M.A. (2009). Socioeconomic status, blood pressure progression, and incident hypertension in a prospective cohort of female health professionals. *European Heart Journal*, 30(11), pp.1378–1384.

Consejo Nacional de Población. (2004). *Carpeta Informativa. 11 de julio día mundial de población*. [Online]. México. [Accessed, septiembre 2019].

Cuffee, Y.L., Hargraves, J.L., Allison, J. (2012). Exploring the association between reported discrimination and hypertension among African Americans: a systematic review. *Ethn Dis*. 2012 Autumn;22(4):422-31.

Cvengros, J.A., Christensen, A.J., Hillis, S.L. and Rosenthal, G.E. (2007). Patient and physician attitudes in the health care context: Attitudinal symmetry predicts patient satisfaction and adherence. *Annals of Behavioral Medicine*, [online] 33(3), pp.262–268. Available at: <https://academic.oup.com/abm/article/33/3/262/4569363> [Accessed 23 May 2019].

Chryasant, S.G. (2012). Blood Pressure Effects of High-Dose Amlodipine-Benazepril Combination in Black and White Hypertensive Patients Not Controlled on Monotherapy. *Drugs in R&D*, [online] 12(2), pp.57–64. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3586097/> [Accessed 8 Nov. 2019].

Das, V. & Das, R. (2007). How the Body Speaks. Illness and the Life world among the urban poor. In: Joao, B., Good, B., & Kleinman, A. (eds.) *Subjectivity. Ethnographic investigation*. Los Angeles: University California.

Dela Cruz, F.A. and Galang, C.B. (2008). The illness beliefs, perceptions, and practices of Filipino Americans with hypertension. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(3), pp.118–127.

Desjarlais, R. and Jason Throop, C. (2011). Phenomenological Approaches in Anthropology. *Annual Review of Anthropology*, 40(1), pp.87–102.

Dowling, M (2004). Hermeneutics: an exploration. *Nurse Res*,11(4):30-9. doi: 10.7748/nr2004.07.11.4.30.c6213.

Dressler, W.,W. (1991) Social class, skin color, and arterial blood pressure in two societies. *Ethn Dis*;1(1), pp. 60-77.

- Dressler, W.W., Mata, A., Chavez, A., Viteri, F.E. and Gallagher, P. (1986). Social support and arterial pressure in a central Mexican community. *Psychosomatic Medicine*, 48(5), pp.338–350.
- Dressler, W.W. and Santos, J.E. dos (2000). Social and cultural dimensions of hypertension in Brazil: a review. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2), pp.303–315.
- Dressler, W.W. and Bindon, J.R. (1997). Social status, social context, and arterial blood pressure. *American Journal of Physical Anthropology*, 102(1), pp.55–66.
- Edwards, C. and Titchen, A. (2003). Research into patients' perspectives: relevance and usefulness of phenomenological sociology. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5), pp.450–460.
- Estrada, M (2000). La vida y el mundo: distinción conceptual entre mundo de vida y vida cotidiana. *Sociología* 15, 103-151.
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J.P., García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública Mex* 57, 180-186.
- Ferrándiz F (2011). Introducción. In: UAM, A. (ed.) *Etnografías contemporáneas. Anclajes, métodos y claves para el futuro*. Barcelona.
- Figuroa Pedraza, D. & Cavalcanti Costa, G.M. (2014). Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enfermería Global*, 13(1), pp. 124-131.
- Folbren, N. (2014). *Who cares? A feminist critique of the care economy*. Nueva York: Rosa Luxemburg Stiftung.
- García, B. (2019). El trabajo doméstico y de cuidado: su importancia y principales hallazgos en el caso mexicano. *Estudios Demográficos y Urbanos*. 34;2: 237-267; doi: <http://dx.doi.org/10.24201/edu.v34i2.1811>
- García de Alba-García, J.E., Salcedo-Rocha, A.L., Vargas-Guadarrama, L.A. (2012). La antropología cognitiva aplicada al estudio de las causas de la hipertensión arterial en Guadalajara, Jalisco, México. *Cir Cir*;80(3) pp. 247-252.
- García de Alba, J., Salcedo, A., & Vargas, L.A. (2010). Conocimiento compartido sobre las causas de la presión arterial alta, en tres grupos de diferente edad de Guadalajara, Jalisco, México. *Espiral*, 16, 181-204.

- Gascon, J.J. (2004). Why hypertensive patients do not comply with the treatment: Results from a qualitative study. *Family Practice*, [online] 21(2), pp.125–130. Available at: <https://academic.oup.com/fampra/article/21/2/125/509484> [Accessed 10 May 2019].
- Geertz, C., (1994) El sentido común como sistema cultural. *Conocimiento local*. Barcelona, España: Paidós.
- Geertz C (2003) *La interpretación de las culturas*. 12 reimpresión. Barcelona, Gedisa.
- Glynn, L.G., Murphy, A.W., Smith, S.M., Schroeder, K. and Fahey, T. (2010a). Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 19, pp. 182
- Gobierno del Distrito Federal. 2014. *Prevención y control de Obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial* [Online]. Ciudad de México: Salud.gob.df. [Accessed <http://www.salud.df.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones/305> 2015].
- Good, B.J., (1977^a) "The heart of what's the matter. The Semantics of illness in Iran". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 25-58.
- Good, B.J. (1977a). The heart of what's the matter The semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, [online] 1(1), pp.25–58. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00114809> [Accessed 12 Nov. 2019].
- Good, B.,J. (2003). La antropología médica y el problema de la creencia *Medicina, racionalidad y experiencia*. Barcelona: Ballaterra.
- Gracey, M. and King, M. (2009). Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. *The Lancet*, [online] 374(9683), pp.65–75. Available at: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60914-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60914-4/fulltext) [Accessed 4 Mar. 2019].
- Grotto, I., Huerta, M., & Sharabid, Y. (2008). Hypertension and socioeconomic status. *Curren Opinion Cardiology*, 23, pp. 335-339.
- Guber, R. (2011). Introducción. In: XXI, S. (ed.) *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires.
- Gutmann, M.C. (1999). Ethnicity, alcohol, and acculturation. *Social Science & Medicine*, 48, pp. 173-184.
- Hansen, E., Williams, D., & Nelson, M. (2010). Barriers to diagnosing and managing hypertension. *Auatralian Family Physician*, 39, pp. 511 - 521.

Harmon, G., Lefante, J., & Krousel-Wood, M. (2006). Barriers: the role of providers in improving patient adherence to antihypertensive medications. *Current Opinion in Cardiology*, 21, pp. 310-315.

Hedblad, B., Nerbrand, C., Ekesbo, R., Johansson, L., Midlöv, P., Brunkstedt, I., Svensson, P., Gyllerup, S., Sträng, B., Persson, R. and Janzon, L. (2006). High blood pressure despite treatment: Results from a cross-sectional primary healthcare-based study in southern Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24(4), pp.224–230.

Hernández, V. (2005). Cultura, multiculturalidad, interculturalidad y transculturalidad. Evolución del término. *Revista de ciències de l'educació*, 1, pp. 75-85.

Hernández, Y. (2006). Acerca del género como categoría analítica. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 13, pp. 1-10.

Higginbottom, G. (2008). "I didn't tell them. Well, they never ask". Lay understandings of hypertension and their impact on chronic disease management: implications for nursing practice in primary care. *Journal of Research in Nursing*, 13(2), pp.89–99.

Hodgetts, D., Chamberlain, K., Gabe, J., Dew, K., Radley, A., Madden, H., Norris, P. and Waimarie Nikora, L. (2011). Emplacement and everyday use of medications in domestic dwellings. *Health & Place*, 17(1), pp.353–360.

Howes, F., Hansen, E., Williams, D., Nelson, M. (2010). Barriers to diagnosing and managing hypertension - a qualitative study in Australian general practice. *Aust Fam Physician*; 39(7):511-6. .

INSP-SSA (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Kusuma, Y.S. (2009). Perceptions on hypertension among migrants in Delhi, India: a qualitative study. *BMC Public Health*, 9(1) pp. 267

Kusuma, Y., Gupta, S. and Pandav, C. (2009). Migration and Hypertension: A Cross-Sectional Study Among Neo-Migrants and Settled-Migrants in Delhi, India. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 21(4), pp.497–507.

Kuyper, L.M. and Khan, N.A. (2014). Atenolol vs Nonatenolol β -Blockers for the Treatment of Hypertension: A Meta-analysis. *Canadian Journal of Cardiology*, 30(5), pp.S47–S53.

Laplantine, F. (1999). La tendencia dominante en la medicina científica contemporánea o primacía del modelo epistemológico biomédico. *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol. pp. 273-282

Larochelle, P., Tobe, S.W. and Lacourcière, Y. (2014). β -Blockers in Hypertension: Studies and Meta-analyses Over the Years. *Canadian Journal of Cardiology*, [online] 30(5, Supplement), pp.S16–S22. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0828282X14001068#bib2> [Accessed 16 Mar. 2020].

Leng, B., Jin, Y., Li, G., Chen, L. and Jin, N. (2015). Socioeconomic status and hypertension. *Journal of Hypertension*, 33(2), pp.221–229.

MALCOM MG 2009. Indigenous Health part 1: determinantes and disease patterns. *Lancet*, 374, 65-75.

Marshall, I.J., Wolfe, C.D.A. & McKeivitt, C. (2012b). Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research. *The BMJ*, [online] 345. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3392078/>.

Martínez, A. (2011^a). Genes, enfermedades y determinismos. In: ANTROPHOS (ed.) *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona. pp 45-66.

Martínez, A. (2011^b). Símbolos, cuerpos y aflicciones. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos. pp. 82-115

Mattingly, C. (2019). Defrosting concepts, destabilizing doxa: Critical phenomenology and the perplexing particular. *Anthropological Theory*, 19(4), pp.415–439.

Mazzeo, J. (2013). Hypertension among Haitians Living in the Bahamas. *The International Journal of Bahamian Studies*, 19, 15-28.

Mckay, L., Macintyres, S., & Ellaway, A. (2012). Migration and Health. A Review International of Literature. (eds.) *Occasional Paper No 12*. Gasglow: University Gasglow.

Medina. A. (2007). Pueblos antiguos, ciudad diversa. Una definición etnográfica de los pueblos originarios de la Ciudad de México. *An. Antrop.*, 41, 9-52.
Menéndez, E. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, 1, pp. 9-32.

Meñaca, A. (2004). Salud y migraciones. Sobre algunos enfoques en uso y otros por utilizar. In: FERNÁNDEZ G (ed.) *Salud e interculturalidad*. Quito: ABYA-YALA.

Meyer, S. and Ward, P. (2014). "How to" Use Social Theory Within and Throughout Qualitative Research in Healthcare Contexts. *Sociology Compass*, 8(5), pp.525–539.

Mills, K.T., Obst, K.M., Shen, W., Molina, S., Zhang, H.-J., He, H., Cooper, L.A. and He, J. (2017). Comparative Effectiveness of Implementation Strategies for Blood Pressure Control in Hypertensive Patients. *Annals of Internal Medicine*, 168(2), p.110.

Mittal, B.V. and Singh, A.K. (2010). Hypertension in the developing world: challenges and opportunities. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation*, [online] 55(3), pp.590–598. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19962803>.

Mohammadi, E., Abedi, H.A., Gofranipour, F. and Jalali, F. (2002). Partnership caring: a theory of high blood pressure control in Iranian hypertensives. *International Journal of Nursing Practice*, 8(6), pp.324–329.

Moser, M. (2006). Historical Perspectives on the Management of Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*, [online] 8(8), pp.15–20. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1524-6175.2006.05836.x/references>.

National Institute of Health (2001). *Health Disparities: Linking Biological and Behavioral Mechanisms With Social and Physical Environments*, Bethesda, NationalInstitutesofHealth.RFAES-00-004.

Ikeda, N., Sapienza, D., Guerrero, R., Aekplakorn, W., Naghavi, M., Mokdad, A.H., Lozano, R., Murray, C.J. and Lim, S.S. (2013). Control of hypertension with medication: a comparative analysis of national surveys in 20 countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(1), pp.10–19C.

NCD Risk Factor Collaboration (2017). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19·1 million participants; 389: 37–55

Neblett, E.W. and Carter, S.E. (2012). The Protective Role of Racial Identity and Africentric Worldview in the Association Between Racial Discrimination and Blood Pressure. *Psychosomatic Medicine*, 74(5), pp.509–516.

Neira, F. (2010). La autonomía femenina en microempresas familiares dedicadas a la agricultura urbana en México: un estudio de caso al sur de la Ciudad Capital. *Estudios de Población, COLMEX*.

OCED(2005). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud : México*. Paris: Ocde.

Ochoa, F. (2008). *La organización social en el Pueblo de San Luis Tlaxialtemalco, Delegación Xochimilco*, . Licenciatura en Planificación para el Desarrollo Agropecuario, UNAM.

Ogedegbe, G. (2010). Labeling and Hypertension. *Hypertension*, 56(3), pp.344–345.

ONU. (2007). *Los Pueblos Indígenas en Áreas Urbanas y la Migración: Retos y Oportunidades* [Online]. New York: ONU. [Accessed http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/6_session_factsheet2_es.pdf 2015].

Ortega M (210). Pueblos originarios, autoridades locales y autonomía al sur del Distrito Federal. *Nueva Antropología*, 23, 87-117.

Panel Members Appointed to the eight Joint National Committee (JNC 8) (2014). Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. *JAMA*, 311, 507-520.

Peck, R.N., Smart, L.R., Beier, R., Liwa, A.C., Grosskurth, H., Fitzgerald, D.W. and Schmidt, B.M. (2013). Difference in blood pressure response to ACE-Inhibitor monotherapy between black and white adults with arterial hypertension: a meta-analysis of 13 clinical trials. *BMC Nephrology*, 14(1).

Pereira, M., Lunet, N., Azevedo, A. and Barros, H. (2009). Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *Journal of Hypertension*, 27(5), pp.963–975.

Pickering, T.G. (2006). Now We Are Sick: Labeling and Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*, 8(1), pp.57–60.

Pinedo, M., Campos, Y., Leal, D., Fregoso, J., Goldenberg, S.M. and Zúñiga, M.L. (2013). Alcohol Use Behaviors Among Indigenous Migrants: A Transnational Study on Communities of Origin and Destination. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(3), pp.348–355.

Pinho, S., Cruz, M., Ferreira, F., Ramalho, A. and Sampaio, R. (2021). Improving medication adherence in hypertensive patients: A scoping review. *Preventive Medicine*, 146, p.106467.

Proulx, M., Leduc, N., Vandelac, L., Grégoire, J.-P. and Collin, J. (2007). Social context, the struggle with uncertainty, and subjective risk as meaning-rich

constructs for explaining HBP noncompliance. *Patient Education and Counseling*, 68(1), pp.98–106.

RAE.ES [internet] Real Academia Española [consultado 2020, noviembre 30] Disponible en: <https://www.rae.es/>

Ray, M. A (2003). La riqueza de la fenomenología: preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas. *Asuntos críticos de la investigación cualitativa*. Antioquia Colombia: Universidad de Antioquia Colombia.

Rinaldi, C.D. (2007). Phenomenology as Method. *In*: STREUBERT SH & RINALDI CD (eds.) *Qualitative Research in Nursing*. Philadelphia, USE: Lippincott Williams & Wilkins.

Ritzer, G. (1995). Sociología fenomenológica y etnometodología. *Teoría sociológica contemporánea..* Madrid, España: McGraw-Hill.

Robles M (2012). La vida antes y después del manantial Acuexcomatl. *2do Congreso de la Red-SSA*. Chapala Jalisco: Universidad de Guadalajara.

Romero, M.T. (2009). Antropología y pueblos originarios en la Ciudad de México. Primeras reflexiones. *Argumentos*, 22, pp. 45-65.

Ronksley, P.E., Sanmartin, C., Campbell, D.J., Weaver, R.G., Allan, G.M., McBrien, K.A, Tonelli, M., Manns, B.J., Hennessy, D., Hemmelgarn, B.R., Perceived barriers to primary care among western Canadians with chronic conditions. *Health Rep*,25(4), pp3-10.

Weaver, R.G., Manns, B.J., Tonelli, M., Sanmartin, C., Campbell, D.J.T., Ronksley, P.E., Lewanczuk, R., Braun, T.C., Hennessy, D. and Hemmelgarn, B.R. (2014). Access to primary care and other health care use among western Canadians with chronic conditions: a population-based survey. *CMAJ Open*, 2(1), pp.E27–E34.

Safraj, H., Vellapallil, K., Krishnapillai, V. RISHNAPILLAI V (2013). Migration Status and Prevalence of Chronic Diseases in Kerala State, India. *International Journal of Chronic Diseases*, pp.1-6.

Schoroeder, K., Fahey, T., & Ebrahim, S. (2006). Intervenciones para mejorar el tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en ámbitos ambulatorios. *Biblioteca Cochrane Plus*.

Schuster, J., Beune, E., & Stronks, K. (2011). Metaphorical constructions of hypertension among three ethnic groups in the Netherlands. *Ethn & Health*, 16, pp. 583-600.

Schutz, A. (1974). *El problema de la realidad social*, Buenos Aires, Amorrortu.

Secretaría de Salud (2013). Programa Sectorial de Salud. México: Gobierno de la República.

SEDESA 2019. Principales causas de mortalidad general. Ciudad de México. Disponible en: http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/images/infosalud/archivos/mortalidad/1.-%20Principales_causas_de_mortalidad_general_2012-2018.pdf.

Shima, R., Farizah, M., H. & Majid, H. A. (2014). A qualitative study on hypertensive care behavior in primary health care settings in Malaysia. *Patient Prefer Adherence*, 8, pp. 1597-609.

Sica, D.A. (2008). Management of Hypertension in the Outpatient Setting. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 35(3), pp.451–473.

Stanford Enciclopedia de Filosofía [internet] Fenomenología [consultado 2020, noviembre 30] Disponible en: <https://plato.stanford.edu/entries/phenomenology/>

STRAHL, H. (2003). Cultural interpretations of an emerging health problem: blood pressure in Dar es Salaam, Tanzania. *Anthropology & Medicine*, 10(3), pp.309–324.

Susanti, I.A., Efendi, F., Putro, A.P., Habibie, A.N. (2020). The Effectiveness of Interventions Using Electronic Reminders to Improve Adherence to Hypertension Medication: A Systematic Review. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*;24(7), pp. 7760-7767.

Tan, J.P., Cheng, K.K.F. and Siah, R.C. (2019). A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of education on medication adherence for patients with hypertension, hyperlipidaemia and diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), pp.2478–2494.

Tavares, E. (2006). *Xochimilco. San Luis Tlaxialtemalco*, México, UNESCO, Gobierno del Distrito Federal.

Taylor, K.D., Adedokun, A., Awobusuyi, O., Adeniran, P., Onyia, E. and Ogedegbe, G. (2012). Explanatory models of hypertension among Nigerian patients at a University Teaching Hospital. *Ethnicity & Health*, 17(6), pp.615–629.

Tello, C. (2011). El objeto de estudio en ciencias sociales: entre la pregunta y la hipótesis. *Cinta de Moebius*, (42), pp.225–242.

Tepichine, A.M., (2011). Desigualdades de género y pobreza. *In: (COORDINADORA), T. A. (ed.) Género en Contextos de pobreza*. México, DF: Colegio de México. pp.11-35

Thorne, S. (2000=). Data Analysis in qualitative research. *Evid Based Nurs*, 3, pp. 68-70.

Throop, C.J. (2003). Articulating Experience. *Anthropological Theory*, 3(2), pp.219–241.

Uhlig, K., Patel, K., Ip, S., Kitsios, G.D. and Balk, E.M. (2013). Self-Measured Blood Pressure Monitoring in the Management of Hypertension. *Annals of Internal Medicine*, 159(3), pp.185.

UpToDate. (2015). *General guidelines to improve patient adherence to antihypertensive therapy* [Online]. Wolters Kluwer. Available: <http://www.bidi.uam.mx/pdf/UpToDate.pdf> [Accessed, noviembre,20].

Urra, E., Muñoz, A. and Peña, J. (2013). El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería Universitaria*, [online] 10(2), pp.50–57. Available at: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n2/v10n2a4.pdf> [Accessed 23 Apr. 2021].

Velasco, L. (2007). Migraciones indígenas a las Ciudades de México y Tijuana. *Papeles de Población*, pp, 184-209.

Whelton, P.K. (2004). Epidemiology and the Prevention of Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*, 6(11), pp.636–642.

World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. (2003). *Journal of Hypertension*, 21(11), pp.1983–1992.

Williams, D.R., Lawrence, J.A. and Davis, B.A. (2019). Racism and Health: Evidence and Needed Research. *Annual Review of Public Health*, 40(1), pp.105–125.

Withworth, J. (2005). Blood pressure and control cardiovascular risk. *Vasc Health Risk Manag*, 1, pp.257-260.

Zeng, Z., Chen, J., Xiao, C. and Chen, W. (2020). A Global View on Prevalence of Hypertension and Human Develop Index. *Annals of Global Health*, 86(1), pp1-6

Cuadro 1.

Clasificación de referencias, según tópico de HAS

Tópicos/No de referencia según el anexo	Metodología	Observaciones
<p>Aspectos del tratamiento de la hipertensión arterial con diferentes intervenciones terapéuticas (infusiones, hierbas y masaje) destacan las medicinas chinas.</p> <p>Ref. 1,3,5,6,20,21,23-27,30-32, 35, 37, 38, 43, 45, 48, 64, 65, 66, 70, 74, 78, 83, 84</p>	<p>Estudios enfocados a probar el efecto de las intervenciones aunque pocas veces fueron ensayos clínicos</p>	<p>Se observa un especial interés por probar en el contexto biomédico la herbolaria o algunas otras intervenciones sobre el pulso o masaje para disminuir las cifras de presión arterial y relajar a las personas, destaca la revista</p>
<p>Factores de riesgo, detección, adherencia al tratamiento en poblaciones no anglosajonas y nativas, o bien comparadas con población anglosajona.</p> <p>Ref. 2,4, 10-12, 14, 16, 22, 29, 36, 39, 40, 41, 46, 50, 51, 52, 56, 61, 71, 72, 77, 79, 82 y 85.</p>	<p>Generalmente son estudios cuantitativos a partir de encuestas, medición de riesgos, prevalencias y mortalidad.</p>	<p>El objetivo documentar diferencias y caracterizarlas para diferentes grupos diferentes de las poblaciones anglosajonas que van desde mexicanoamericanos hasta grupos nativos de Sudáfrica.</p>

Tópicos/No de referencia según el anexo	Metodología	Observaciones
<p>Intervenciones que consideran la cultura del grupo blanco, las intervenciones son de diferente naturaleza no farmacológica: consejería, basadas en la comunidad, las historias para facilitar la comprensión de diferentes aspectos de la HAS.</p> <p>Ref: 8, 19, 57, 59, 60, 63, 67, 68, 75, 87.</p>	<p>Estudios cuantitativos, la mayoría ensayos clínicos</p>	<p>Buscan aportar a intervenciones que ayuden a afrontar los problemas de salud pública en minorías étnicas o en alguna zona rural</p>
<p>Estudios que exploran la HAS desde una perspectiva antropológica médica enfocada a los siguientes aspectos: experiencia, aculturación, migración, modelos explicativos, percepciones, discriminación, religión y metáforas.</p> <p>Ref: 9, 15, 17, 28, 33, 34, 42, 44, 47, 49, 54, 69, 76, 80, 81.</p>	<p>Los estudios que se enfocan a la aculturación son desde una perspectiva positivista, que mide la asociación con la HAS como factor de riesgo o que participa en la no adherencia. En ese mismo sentido se abordan los trabajos sobre discriminación, percepción y religión.</p>	<p>El objetivo documentar diferencias y caracterizarlas para diferentes grupos diferentes de las poblaciones anglosajonas que van desde mexicanoamericanos hasta grupos nativos de Sudáfrica. Alguno solamente valida un cuestionario sobre adherencia en población diferente a la anglosajón.</p>

Figura 1
Selección de participantes (propuesta original)

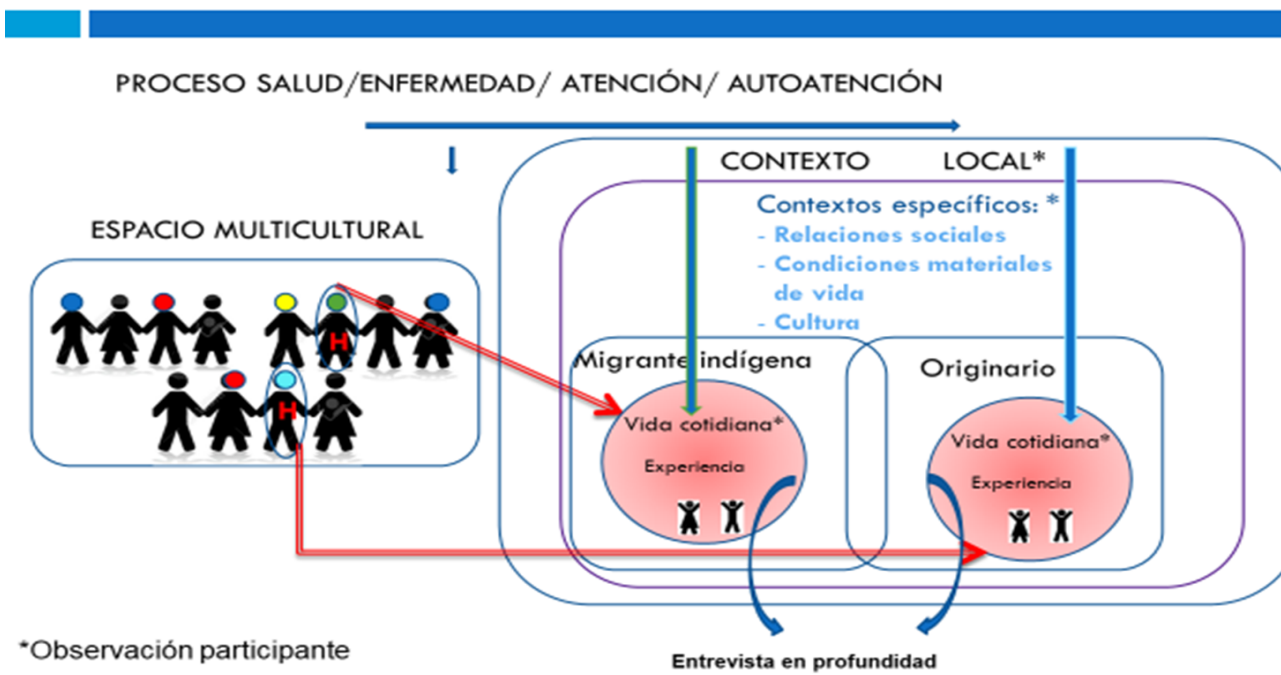


Figura 2

**Tipologías identificadas según circunstancias de las
personas que trabajan y/o viven en las Chinampas del
Pueblo originario**

Origen	Lugar de trabajo	Vivienda
Pueblo originario	Chinampas	Chinampas
Pueblo Originario	Pueblo Originario	Chinampas
Pueblo originario	Fuera del pueblo originario	Chinampas
Pueblo originario	Chinampas	Pueblo originario
Migrante indígena	Fuera del pueblo originario	Chinampas
Migrante indígena	Chinampas	Pueblo originario
Migrante indígena	Chinampas	Chinampas
Cd. México	Chinampas	Chinampas

Figura 3

Ubicación de la localidad, Alcaldía Xochimilco

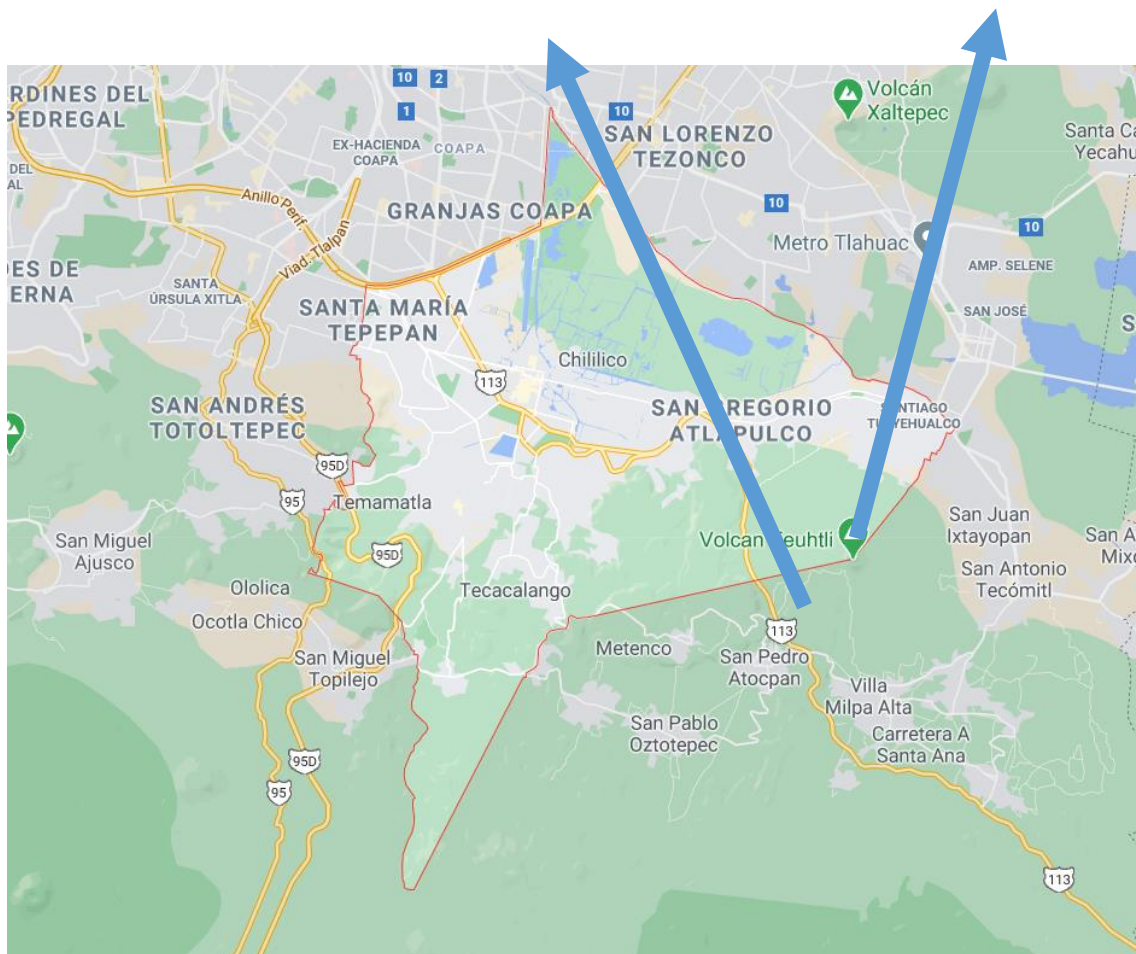
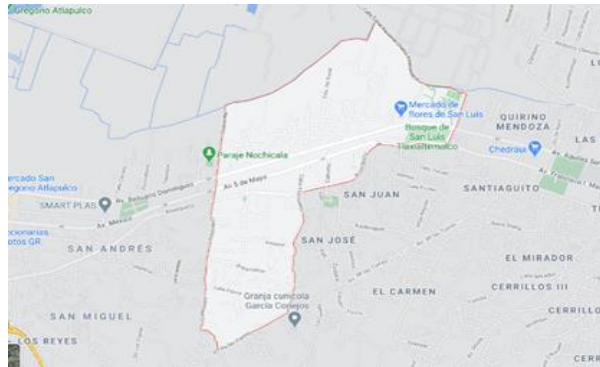
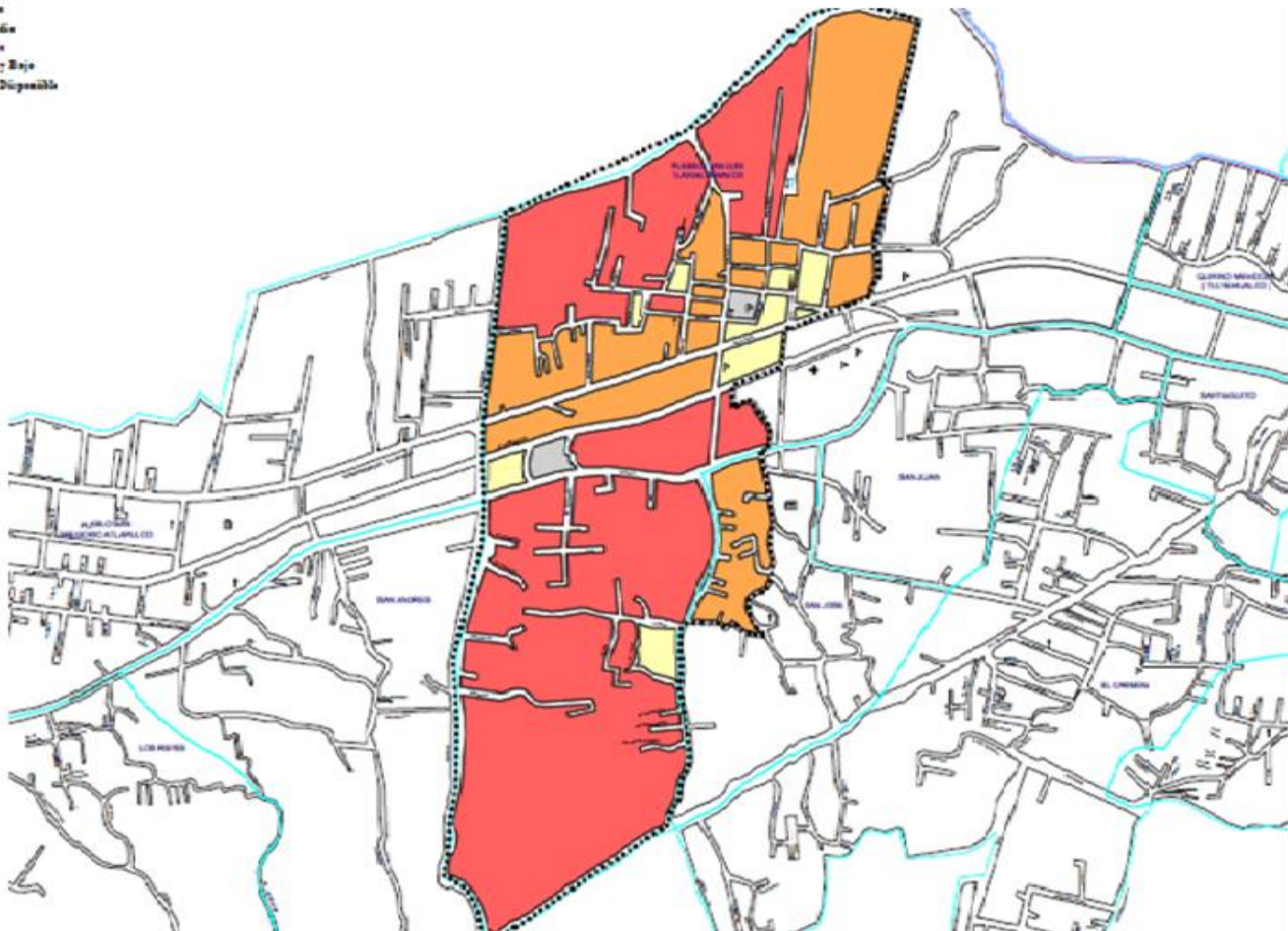
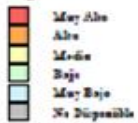


Figura 4

**Mapa del Pueblo originario, según grado de marginación
(Ciudad de México, 2000)***

Grado de Marginación: Muy Alto

Grado de Marginación



PROGRAMA INTEGRADO TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO SOCIAL 2001-2003, disponible: http://www.sideso.cdmx.gob.mx/documentos/ut/XOC_13-043-1_C.pdf

*No existe disponible información más reciente

Figura 5

Chapines de lodo de los canales



Fuente: Acervo personal

Figura 6

Brotos de cempasúchitl



Fuente: Acervo personal

Figura 7

Brotos de cempasúchitl



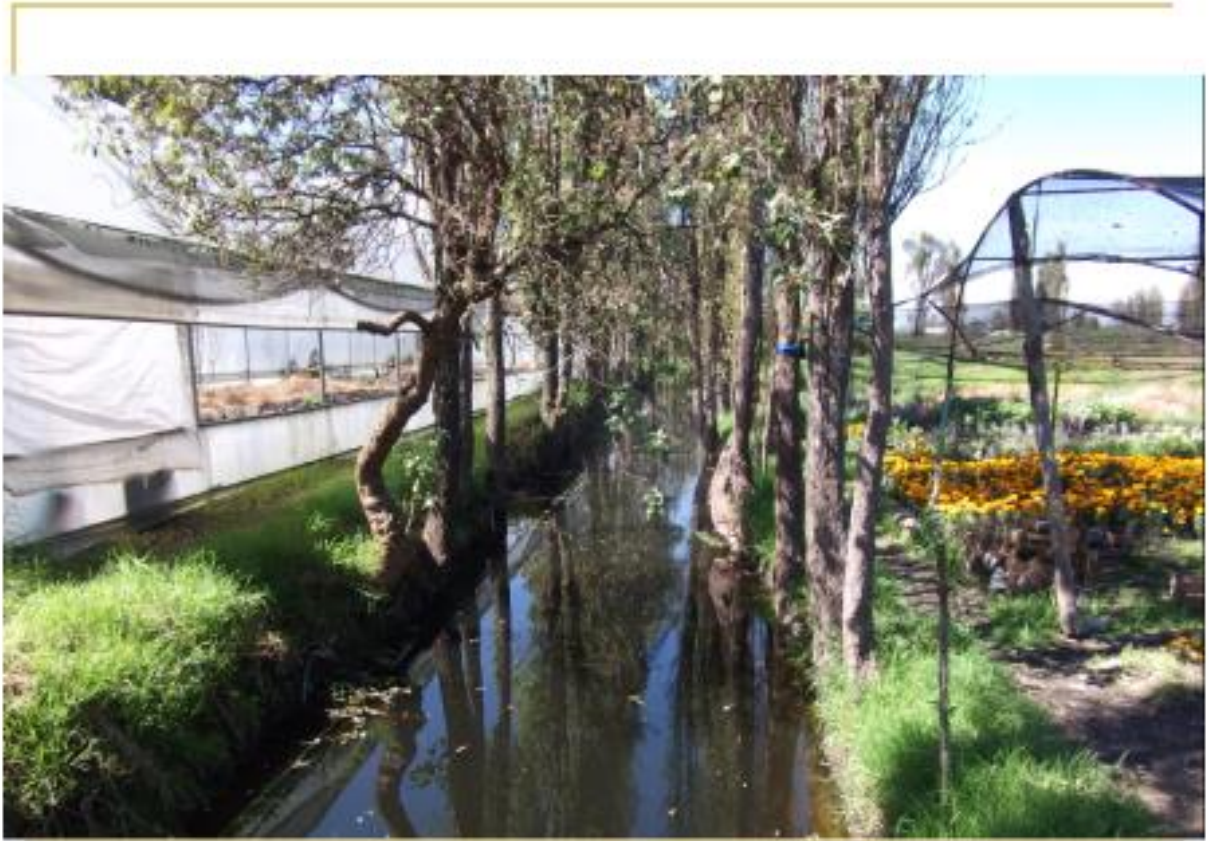
Fuente: Acervo personal

Figura 8
Las macetas



Fuente: Acervo persona

Figura 9



Fuente: Acervo personal

Figura 10

Covacha



Figura 11

Vivero



Fuente: Acervo personal

Figura 12

Vivero



Fuente: Acervo personal

ANEXO 1

Listado de reportes de investigación identificados a través de PubMed

Descriptores: ("Anthropology, Medical"[Mesh]) AND "Hypertension"[Mesh]

Whyte SR. Chronicity and control: framing 'noncommunicable diseases' in Africa. **Anthropol Med.** 2012;19(1):63-74.

Descriptores: ("Anthropology"[Mesh]) AND "Hypertension"[Mesh]

1.: Xiong X, Wang P, Zhang Y, Li X. Effects of traditional Chinese patent medicine on essential hypertension: a systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2015 Feb;94(5):e442.

2. Campbell PT, Krim SR, Lavie CJ, Ventura HO. Clinical characteristics, treatment patterns and outcomes of Hispanic hypertensive patients. *Prog Cardiovasc Dis*. 2014 Nov-Dec;57(3):244-52.

3: Kreindler GM, Attias S, Stoppelman N, Lousky D, Arnon Z, Isipovitch IG, Morani M, Ben-Arye E, Dubretzki-Merry I, Schiff E. A tongue's tale - a case report of traditional Chinese medicine integration in the cardiology department. *Complement Ther Med*. 2014 Dec;22(6):1041-6.

4: Petrilla C, Cheney MK. The association between chronic disease and smoking beliefs and behaviors in African American young adult smokers. *Ethn Dis*. 2014 Autumn;24(4):488-94.

5: Luo J, Zheng X, Hu Z, Wu J, Wei S, Ye Z, Chen W, Lin N, Li J. Relationship between Renying pulse augmentation index and Cunkou pulse condition in different blood pressure groups. *J Tradit Chin Med*. 2014 Jun;34(3):279-85.

6: Yang X, Zhao H, Wang J. Chinese massage (Tuina) for the treatment of essential hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med*. 2014 Jun;22(3):541-8.

7: Kirk JK, Hildebrandt C, Davis S, Crandall SJ, Siciliano AB, Marion GS. Perceptions of culturally competent diabetes management in a primary care practice. *J Cult Divers*. 2014 Spring;21(1):22-8.

8: Ursua RA, Aguilar DE, Wyatt LC, Katigbak C, Islam NS, Tandon SD, Nur PR, Van Devanter N, Rey MJ, Trinh-Shevrin C. A community health worker intervention to improve management of hypertension among Filipino Americans in New York and New Jersey: a pilot study. *Ethn Dis*. 2014 Winter;24(1):67-76.

9: Brouwer AM, Mosack KE, Wendorf AR, Sokolova L. Patterns of missing data in ethnic minority health research: a survey project with Russian-speaking immigrant women with hypertension. *Res Theory Nurs Pract*. 2013;27(4):276-95.

10: Kokubo Y. Prevention of hypertension and cardiovascular diseases: a comparison of lifestyle factors in Westerners and East Asians. *Hypertension*. 2014 Apr;63(4):655-60.

11: Boden-Albala B, Roberts ET, Hopkins S, Allen J, Boyer BB. Predictors of risk and protection for hypertension in Yup'ik people from Southwest Alaska. *Ethn Dis*.

2013 Autumn;23(4):484-91.

12: Kario K, Robbins J, Jeffers BW. Titration of amlodipine to higher doses: a comparison of Asian and Western experience. *Vasc Health Risk Manag.* 2013;9:695-701.

13: Yi S, Elfassy T, Gupta L, Myers C, Kerker B. Nativity, language spoken at home, length of time in the United States, and race/ethnicity: associations with self-reported hypertension. *Am J Hypertens.* 2014 Feb;27(2):237-44.

14: Nuwaha F, Musinguzi G. Use of alternative medicine for hypertension in Buikwe and Mukono districts of Uganda: a cross sectional study. *BMC Complement Altern Med.* 2013 Nov 4;13:301..

15: Fava SM, Zago MM, Nogueira MS, Dázio EM. The experience of the illness and of the treatment for the person with systemic arterial hypertension: an ethnographic study. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2013 Sep-Oct;21(5):1022-9.

16: Sim JJ, Bhandari SK, Shi J, Liu IL, Calhoun DA, McGlynn EA, Kalantar-Zadeh K, Jacobsen SJ. Characteristics of resistant hypertension in a large, ethnically diverse hypertension population of an integrated health system. *Mayo Clin Proc.* 2013 Oct;88(10):1099-107

17: Levine DA, Morgenstern LB, Langa KM, Skolarus LE, Smith MA, Lisabeth LD. Does socioeconomic status or acculturation modify the association between ethnicity and hypertension treatment before stroke? *Stroke.* 2013 Nov;44(11):3243-5

18: Matta SR, Luiza VL, Azeredo TB. Brazilian adaptation of the questionnaire to

assess adherence to treatment for arterial hypertension. *Rev Saude Publica*. 2013 Apr;47(2):292-300.

19: Ravenell J, Thompson H, Cole H, Plumhoff J, Cobb G, Afolabi L, Boutin-Foster C, Wells M, Scott M, Ogedegbe G. A novel community-based study to address disparities in hypertension and colorectal cancer: a study protocol for a randomized control trial. *Trials*. 2013 Sep 8;14:287

20: Manosroi A, Lohcharoenkal W, Khonsung P, Manosroi W, Manosroi J. Potent antihypertensive activity of Thai-Lanna medicinal plants and recipes from "MANOSROI III" database. *Pharm Biol*. 2013 Nov;51(11):1426-34.

21: Buendía JA. [Attitudes, knowledge and beliefs of patient about anti-hypertensive drugs]. *Biomedica*. 2012 Oct-Dec;32(4):578-84..

22: Wu CX, Liu Y, Zhang JC. Chronic intermittent hypoxia and hypertension: a review of systemic inflammation and Chinese medicine. *Chin J Integr Med*. 2013 May;19(5):394-400..

23: Shivpuri S, Allison MA, Macera CA, Lindsay S, Gallo LC. Associations between nocturnal blood pressure dipping and the metabolic syndrome in high- vs. low-aculturated Mexican American women. *Am J Hypertens*. 2013 Aug;26(8):1030-6.

24: da Cunha GH, de Moraes MO, Fachine FV, Frota Bezerra FA, Silveira ER, Canuto KM, de Moraes ME. Vasorelaxant and antihypertensive effects of methanolic fraction of the essential oil of *Alpinia zerumbet*. *Vascul Pharmacol*. 2013 May-Jun;58(5-6):337-45

25: Wu X, Jiang X. Systematic review and meta analysis of randomized controlled trials on Tianmagouteng decoction in treatment of primary hypertension with liver Yang hyperactivity syndrome. *J Tradit Chin Med*. 2013 Feb;33(1):15-8. PMID

26: Gorzalczany S, Moscatelli V, Ferraro G. Artemisia copa aqueous extract as vasorelaxant and hypotensive agent. *J Ethnopharmacol*. 2013 Jun 21;148(1):56-61.

doi: 10.1016/j.jep.2013.03.061. Epub 2013 Apr 12

27: Ferreira Ade S. Integrative medicine for hypertension: the earlier the better for treating who and what are not yet ill. *Hypertens Res*. 2013 Jul;36(7):583-5. doi: 10.1038/hr.2013.15. Epub 2013 Apr 11.

28: Xiong X, Yang X, Liu Y, Zhang Y, Wang P, Wang J. Chinese herbal formulas for treating hypertension in traditional Chinese medicine: perspective of modern science. *Hypertens Res*. 2013 Jul;36(7):570-9.

29: Taylor KD, Adedokun A, Awobusuyi O, Adeniran P, Onyia E, Ogedegbe G. Explanatory models of hypertension among Nigerian patients at a University Teaching Hospital. *Ethn Health*. 2012;17(6):615-29.

30: Danaei G, Singh GM, Paciorek CJ, Lin JK, Cowan MJ, Finucane MM, Farzadfar F, Stevens GA, Riley LM, Lu Y, Rao M, Ezzati M; Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group. The global cardiovascular risk transition: associations of four metabolic risk factors with national income, urbanization, and Western diet in 1980 and 2008. *Circulation*. 2013 Apr 9;127(14):1493-502, 1502e1-8.

31: Hughes GD, Aboyade OM, Clark BL, Puoane TR. The prevalence of traditional

herbal medicine use among hypertensives living in South African communities. BMC Complement Altern Med. 2013 Feb 18;13:38.

32: Nsuadi Manga F, El Khattabi C, Fontaine J, Berkenboom G, Duez P, Noyon C, Van Antwerpen P, Lami Nzunzu J, Pochet S. Vasorelaxant and antihypertensive effects of methanolic extracts from *Hymenocardia acida* Tul. J Ethnopharmacol. 2013 Mar 27;146(2):623-31.

33: Zhang Y, Li N, Sun J, Su Q. Effects of combined traditional Chinese exercises on blood pressure and arterial function of adult female hypertensive patients. Res Sports Med. 2013;21(1):98-109.

34: Appleton SL, Neo C, Hill CL, Douglas KA, Adams RJ. Untreated hypertension: prevalence and patient factors and beliefs associated with under-treatment in a population sample. J Hum Hypertens. 2013 Jul;27(7):453-62

35: Riosmena F, Wong R, Palloni A. Migration selection, protection, and acculturation in health: a binational perspective on older adults. Demography. 2013 Jun;50(3):1039-64.

36: Xu Y, Yan H, Yao MJ, Ma J, Jia JM, Ruan FX, Yao ZC, Huang HM, Zheng J, Chen T, Lv H, Endler AM. Cardioankle vascular index evaluations revealed that cotreatment of ARB Antihypertension medication with traditional Chinese medicine improved arterial functionality. J Cardiovasc Pharmacol. 2013 May;61(5):355-60.

37: Daviglius ML, Talavera GA, Avilés-Santa ML, Allison M, Cai J, Criqui MH,

Gellman M, Giachello AL, Gouskova N, Kaplan RC, LaVange L, Penedo F, Perreira K, Pirzada A, Schneiderman N, Wassertheil-Smoller S, Sorlie PD, Stamler J. Prevalence of major cardiovascular risk factors and cardiovascular diseases among Hispanic/Latino individuals of diverse backgrounds in the United States. *JAMA*. 2012 Nov 7;308(17):1775-84.

38: Xie Y, Zhang W. Antihypertensive activity of *Rosa rugosa* Thunb. flowers: angiotensin I converting enzyme inhibitor. *J Ethnopharmacol*. 2012 Dec 18;144(3):562-6.

39: Luo CH, Chung YF, Yeh CC, Si XC, Chang CC, Hu CS, Chu YW. Stringlike pulse quantification study by pulse wave in 3D pulse mapping. *J Altern Complement Med*. 2012 Oct;18(10):924-31..

40: Shaw SJ, Armin J, Torres CH, Orzech KM, Vivian J. Chronic disease self-management and health literacy in four ethnic groups. *J Health Commun*. 2012;17 Suppl 3:67-81.

41: Zeng W, Undurraga EA, Nyberg C, Eisenberg DT, Parida S, Zycherman A, Magvanjav O, Reyes-García V, Tanner S; Bolivian TAPS Study Team, Godoy R. Sibling composition during childhood and adult blood pressure among native Amazonians in Bolivia. *Econ Hum Biol*. 2013 Jul;11(3):391-400.

42: Valles SA. Heterogeneity of risk within racial groups, a challenge for public health programs. *Prev Med*. 2012 Nov;55(5):405-8.

43: Duboz P, Macia E, Chapuis-Lucciani N, Boëtsch G, Gueye L. Migration and hypertension in Dakar, Senegal. *Am J Phys Anthropol*. 2012 Oct;149(2):250-8.

44: Gbolade A. Ethnobotanical study of plants used in treating hypertension in Edo State of Nigeria. *J Ethnopharmacol.* 2012 Oct 31;144(1):1-10.

45: Rodriguez F, Hicks LS, López L. Association of acculturation and country of origin with self-reported hypertension and diabetes in a heterogeneous Hispanic population. *BMC Public Health.* 2012 Sep 11;12:768

46: Shi N, Han X, Yu W, Wang L, Lu A. Adoption in China of Clinical Practice Guidelines for hypertension using Traditional Chinese Medical approaches: a literature review based on clinical studies. *J Altern Complement Med.* 2013 Jan;19(1):1-8

47: Raj M, Krishnakumar R. Hypertension in children and adolescents: epidemiology and pathogenesis. *Indian J Pediatr.* 2013 Mar;80 Suppl 1:S71-6..

48: Barnes DM, Lu JH. Mexican immigrants' and Mexican Americans' perceptions of hypertension. *Qual Health Res.* 2012 Dec;22(12):1685-93.

49: Lokesh D, Amitsankar D. Evaluation of mechanism for antihypertensive action of *Clerodendrum colebrookianum* Walp., used by folklore healers in north-east India. *J Ethnopharmacol.* 2012 Aug 30;143(1):207-12.

50: Neblett EW Jr, Carter SE. The protective role of racial identity and Africentric worldview in the association between racial discrimination and blood pressure. *Psychosom Med.* 2012 Jun;74(5):509-16..

51: Whyte SR. Chronicity and control: framing 'noncommunicable diseases' in Africa. *Anthropol Med*. 2012 Apr;19(1):63-74.

52: Agyemang C, Kunst AE, Bhopal R, Zaninotto P, Nazroo J, Unwin N, van Valkengoed I, Redekop WK, Stronks K. A cross-national comparative study of metabolic syndrome among non-diabetic Dutch and English ethnic groups. *Eur J Public Health*. 2013 Jun;23(3):447-52

53: Bernabe-Ortiz A, Benziger CP, Gilman RH, Smeeth L, Miranda JJ. Sex differences in risk factors for cardiovascular disease: the PERU MIGRANT study. *PLoS One*. 2012;7(4):e35127.

54: Pistulka GM, Winch PJ, Park H, Han HR, Kim MT. Maintaining an outward image: a Korean immigrant's life with type 2 diabetes mellitus and hypertension. *Qual Health Res*. 2012 Jun;22(6):825-34.

55: Sørensen T, Danbolt LJ, Lien L, Koenig HG, Holmen J. The relationship between religious attendance and blood pressure: the HUNT Study, Norway. *Int J Psychiatry Med*. 2011;42(1):13-28.

56: Aroian KJ, Peters RM, Rudner N, Waser L. Hypertension prevention beliefs of Hispanics. *J Transcult Nurs*. 2012 Apr;23(2):134-42.

57: Azimi-Nezhad M, Herbeth B, Siest G, Dadé S, Ndiaye NC, Esmaily H, Hosseini SJ, Ghayour-Mobarhan M, Visvikis-Siest S. High prevalence of metabolic syndrome in Iran in comparison with France: what are the components that explain this? *Metab Syndr Relat Disord*. 2012 Jun;10(3):181-8.

58: Migneault JP, Dedier JJ, Wright JA, Heeren T, Campbell MK, Morisky DE, Rudd P, Friedman RH. A culturally adapted telecommunication system to improve physical activity, diet quality, and medication adherence among hypertensive African-Americans: a randomized controlled trial. *Ann Behav Med.* 2012 Feb;43(1):62-73

59: Pejcin B, Kien-Thai Y, Stanimirovic B, Vuckovic G, Belic D, Sabovljevic M. Heavy metal content of a medicinal moss tea for hypertension. *Nat Prod Res.* 2012;26(23):2239-42.

60: Kronish IM, Leventhal H, Horowitz CR. Understanding minority patients' beliefs about hypertension to reduce gaps in communication between patients and clinicians. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2012 Jan;14(1):38-44.

61: Gessler N, Labhard ND, Stolt P, Manga E, Balo JR, Boffolo A, Langewitz W. The lesson of Monsieur Nouma: effects of a culturally sensitive communication tool to improve health-seeking behavior in rural Cameroon. *Patient Educ Couns.* 2012 Jun;87(3):343-50.

62: Wang D, He Y, Li Y, Luan D, Yang X, Zhai F, Ma G. Dietary patterns and hypertension among Chinese adults: a nationally representative cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2011 Dec 14;11:925.

63: Liu W, Chen J, Xu T, Tian W, Li Y, Zhang Z, Li W. Qiliqiangxin improves cardiac function in spontaneously hypertensive rats through the inhibition of cardiac chymase. *Am J Hypertens.* 2012 Feb;25(2):250-60.

64: Li WW, Leung C. Development and pilot test of a culturally sensitive CD-ROM for hypertensive, older Chinese immigrants. *Comput Inform Nurs*. 2012 Apr;30(4):190-5.

65: Karou SD, Tchacondo T, Djikpo Tchibozo MA, Abdoul-Rahaman S, Anani K, Koudouvo K, Batawila K, Agbonon A, Simpore J, de Souza C. Ethnobotanical study of medicinal plants used in the management of diabetes mellitus and hypertension in the Central Region of Togo. *Pharm Biol*. 2011 Dec;49(12):1286-97.

66: Huang CM, Chang HC, Kao ST, Li TC, Wei CC, Chen CC, Chen FJ, Tsou SS. Radial pressure pulse and heart rate variability in normotensive and hypertensive subjects. *J Altern Complement Med*. 2011 Oct;17(10):945-52. doi: 10.1089/acm.2010.0326. Epub 2011 Oct 6. PubMed PMID: 21978219.

67: Fernandez S, Tobin JN, Cassells A, Diaz-Gloster M, Kalida C, Ogedegbe G. The counseling African Americans to Control Hypertension (CAATCH) Trial: baseline demographic, clinical, psychosocial, and behavioral characteristics. *Implement Sci*. 2011 Sep 1;6:100.

68: Culturally appropriate storytelling may help control blood pressure in African Americans. *Harv Womens Health Watch*. 2011 May;18(9):6-7.

69: Schuster J, Beune E, Stronks K. Metaphorical constructions of hipertensión among three ethnic groups in the Netherlands. *Ethn Health*. 2011 Dec;16(6):583-600.

70: Zhong GW, Chen MJ, Luo YH, Xiang LL, Xie QY, Li YH, Zhang C, Gao F. Effect of Chinese herbal medicine for calming Gan (肝) and suppressing hyperactive yang on arterial elasticity function and circadian rhythm of blood pressure in patients with essential hypertension. *Chin J Integr Med.* 2011 Jun;17(6):414-20.

71: Perez A. Self-management of hypertension in Hispanic adults. *Clin Nurs Res.* 2011 Nov;20(4):347-65.

72: Tayo BO, Luke A, McKenzie CA, Kramer H, Cao G, Durazo-Arvizu R, Forrester T, Adeyemo AA, Cooper RS. Patterns of sodium and potassium excretion and blood pressure in the African Diaspora. *J Hum Hypertens.* 2012 May;26(5):315-24.

73: Basler AJ. Pilot study investigating the effects of Ayurvedic Abhyanga massage on subjective stress experience. *J Altern Complement Med.* 2011 May;17(5):435-40.

74: Lee JO, Oak MH, Jung SH, Park DH, Auger C, Kim KR, Lee SW, Schini-Kerth VB. An ethanolic extract of *Lindera obtusiloba* stems causes NO-mediated endothelium-dependent relaxations in rat aortic rings and prevents angiotensin II-induced hypertension and endothelial dysfunction in rats. *Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol.* 2011 Jun;383(6):635-45.

75: Yao KW, Chu FY, Wang J. A clinical epidemiological study of the quantitative diagnosis scale of blood stasis syndrome. *Chin J Integr Med.* 2011 Mar;17(3):200-4.

76: Houston TK, Allison JJ, Sussman M, Horn W, Holt CL, Trobaugh J, Salas M, Pisu M, Cuffee YL, Larkin D, Person SD, Barton B, Kiefe CI, Hullett S. Culturally appropriate storytelling to improve blood pressure: a randomized trial. *Ann*

Intern Med. 2011 Jan 18;154(2):77-84.

77: Padilla R, Steiner JF, Havranek EP, Beaty B, Davidson AJ, Bull S. A comparison of different measures of acculturation with cardiovascular risk factors in Latinos with hypertension. *J Immigr Minor Health*. 2011 Apr;13(2):284-92.

78: Kim MJ, Lee SJ, Ahn YH, Lee H. Lifestyle advice for Korean Americans and native Koreans with hypertension. *J Adv Nurs*. 2011 Mar;67(3):531-9..

79: Deng Z. TCM dietotherapy for hypertension. *J Tradit Chin Med*. 2010 Sep;30(3):235-6. PubMed PMID: 21053634.

80: McDonald PE, Zauszniewski JA, Bekhet AK. Cultural comparison of chronic conditions, functional status, and acceptance in older African-American and White adults. *J Natl Black Nurses Assoc*. 2010 Jul;21(1):1-6.

81: Roriz-Cruz M, Rosset I, Barreto-Roriz R, Mancilha-Carvalho JJ. Acculturation, obesity, and hypertension among female Brazilian Indians. *Hypertension*. 2010 Oct;56(4):e43-4

82: Teppala S, Shankar A, Ducatman A. The association between acculturation and hypertension in a multiethnic sample of US adults. *J Am Soc Hypertens*. 2010 Sep-Oct;4(5):236-43.

83: Li WW, Wallhagen MI, Froelicher ES. Factors predicting blood pressure control in older Chinese immigrants to the United States of America. *J Adv Nurs*. 2010 Oct;66(10):2202-12.

- 84: Morita T. Celastrol: a new therapeutic potential of traditional Chinese medicine. *Am J Hypertens*. 2010 Aug;23(8):821.
- 85: Osamor PE, Owumi BE. Complementary and alternative medicine in the management of hypertension in an urban Nigerian community. *BMC Complement Altern Med*. 2010;19;10:36
- 86: Patel JV, Tracey I, Hughes EA, Lip GY. Omega-3 polyunsaturated acids and cardiovascular disease: notable ethnic differences or unfulfilled promise? *J Thromb Haemost*. 2010 Oct;8(10):2095-104.
- 87: Beune EJ, Haafkens JA, Bindels PJ. Barriers and enablers in the implementation of a provider-based intervention to stimulate culturally appropriate hypertension education. *Patient Educ Couns*. 2011 Jan;82(1):74-80.

ANEXO 2

Guías de entrevista:

a) Experiencia y significado

¿Cómo se enteró que tenía HAS?

¿Entonces sentía algún malestar?

¿Ahora siente algún malestar?

¿Usted por qué piensa que se enfermó?

¿Le ha afectado de alguna manera en su vida diaria, que la hayan diagnosticado con HAS?

¿Conoce usted a alguna persona con HAS? ¿Cómo se atendía?

b) Vida cotidiana

¿Me puede platicar que hizo ayer desde que se levantó?

¿Así es todos los días?

¿Tuvo algún malestar durante el día?

¿Alguna vez se ha sentido mal de la presión, de tal forma que haya tenido que buscar atención inmediata?

¿Hay alguna actividad que usted relacione con la alteración de su presión?

c) Contextos sociales

¿Cómo se asigna la vivienda para los trabajadores y familias inmigrantes que no tienen casa?

Cuando requiere de atención por su HAS ¿con quién va? ¿Por qué?

¿Asiste a la fiesta del pueblo?²⁶

²⁶ Esta pregunta no es para explorar ritualidad, sino la convivencia de los trabajadores inmigrantes con los habitantes del pueblo, porque a decir de algunos informantes “ellos no participan”

ANEXO 3



Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud

Ciencias Sociomédicas

Doctorado en Antropología en Salud

Proyecto: La vida cotidiana de personas diagnosticadas con hipertensión arterial sistémica y sus familias en un pueblo originario de la Ciudad de México.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Personas con presión arterial alta

Descripción de la investigación: El Programa de Doctorado en Antropología en Salud de la Facultad de Medicina de la UNAM, exige a sus estudiantes que realicen una investigación como parte de su formación académica, esta investigación corresponde a la tesis de Doctorado de Victoria Fernández García.

Esta investigación se realiza para comprender qué les sucede a las personas que padecen de presión arterial alta, si le afecta en sus actividades diarias, cuáles son los síntomas, cómo les afecta, en dónde se atienden y que dificultades enfrentan para mantener su bienestar dentro de su condición de padecer presión arterial alta o hipertensión.

Para realizar esta investigación estamos solicitando su participación para ser entrevistado (a) en diferentes ocasiones por ser una persona con presión arterial alta y conocer cuáles han sido sus experiencias.

Las preguntas de la entrevista están relacionadas con los siguientes aspectos: edad, estado civil, qué malestares presenta y cómo atiende su presión alta y sobre algunos aspectos relacionados con su vida diaria.

Confidencialidad: Todo lo que usted diga será manejado de manera estrictamente confidencial. Si usted acepta participar en este estudio, se le asignará un número a su entrevista que protegerá en todo momento su identidad. De la misma manera, la información que nos proporcione será resguardada por personal autorizado y manejada de manera confidencial protegiendo su identidad. La entrevista será transcrita y únicamente personal autorizado y ajeno a los servicios de salud tendrá acceso a esta información.

Derecho a retirarse. También le informo que usted tiene derecho a no participar en el estudio cuando usted lo decida, aunque inicialmente haya aceptado y esto no afectará en nada su atención en el CUEC-UNAM.

Beneficios esperados del estudio: La información que usted nos proporcione ayudará a comprender las situaciones que enfrentan las personas que padecen la presión arterial alta, cómo son atendidas y cómo resuelven las dificultades cotidianas para lograr su bienestar.

Si tiene usted alguna duda sobre esta investigación, puede preguntar en el Centro Universitario de Enfermería Comunitaria, cuya encargada es la Mtra. _____ bien a la Unidad de Investigación con la Coordinadora de Investigación de la Escuela de Enfermería y Obstetricia-UNAM Mtra. _____
55 73 06 98

Si usted acepta participar, se le dará una copia de este documento para que lo conserve. Su colaboración es muy valiosa para nosotros, muchas gracias por participar. Si usted acepta participar, por favor firme abajo. Yo también firmaré.

Fecha

Firma del participante en el estudio

Nombre del participante en el Estudio

Fecha

Firma del Investigador

Nombre del investigador

Fecha

Firma del testigo

Nombre del testigo

ANEXO 4

Reflexiones sobre trabajo de campo y etnografía:

1. La presencia de otra investigadora que “invadió” mi proceso²⁷. Es una manera de ilustrar que las personas de las chinampas están acostumbrados a ser sujetos de estudio, aunque afortunadamente “es la primera vez que estudian la presión arterial, según los habitantes. Reciben a diversos grupos de prácticas comunitarias, de trabajo social, enfermería e ingeniería agropecuaria. Identifican investigadores del CIESAS y de la ENAH, que han abordado temas de identidad y el agua. Esta situación me hace reflexionar sobre la ética de estos trabajos, en el mío puede hacer pequeñas intervenciones y gestiones para personas con problemas de salud, sin embargo, los originarios están siempre esperando que se hagan actividades de educación y entrega de cosas materiales con los inmigrantes indígenas, porque los ven como “muy pobres”. Ellos esperan también, que alguien vea su situación como agricultores y sigan siendo sujetos de programas de apoyo económico. El cronista del pueblo, refiere “El pueblo es un laboratorio social”, una informante comenta que todos vienen pero no ven que se haga algo. Esto me hace pensar que este tipo de estudios etnográficos deben presentar un informe sobre qué actividades se realizaron encaminadas a resolver localmente el problema de salud investigado u otros que se presentan cotidianamente en el trabajo de campo, particularmente en la etnografía que invadimos tanto su tiempo y su espacio. Busqué, aunque no exhaustivamente los ejercicios de reflexividad en los trabajos etnográficos y no encontré, pero en este punto me lleva a ella y me lleva a ver quién soy yo como persona y académica y si yo aceptaría a alguien tanto tiempo en mi espacio y

²⁷ Se trató de una investigadora de Perú que llegó a estudiar determinantes sociales y le asignaron pasantes por lo que encuestó casa por casa y causó confusión porque también la identificaron como Maestra de la UNAM y las personas me preguntaban si era lo mismo, porque no entendían.

actividades, entonces la pregunta es ¿por qué ellos sí? He realizado diversos trabajos de campo donde el contexto y las actividades de la vida cotidiana de las personas ofrece condiciones para permanecer más tiempo, incluso pernoctar en sus casas, pero aquí hubo momentos muy difíciles por la cantidad de alimentos, por la falta de espacios bajo techo, etc.

2. Hubo una muerte perinatal atendida en el Centro Universitario de Enfermería con el que las personas me identificaban y tuve que desmarcarme, lo cual fue un proceso difícil y actualmente, debido a cambios en el Centro puedo ser parte de las actividades que ahí se realizan y que me distinguen de no haber sido parte de ese evento.
3. Un trabajador migrante me persiguió durante un tiempo en mi trabajo de campo por lo que también tuve que poner distancia en ese paraje. En aras de hacer "observación participante" entrevisté a un trabajador en cuarto que rentaba, lo que efectivamente me dio oportunidad de conocer las condiciones de los trabajadores que viven ahí solos, sin embargo fue algo sumamente riesgoso, porque este trabajador se encontraba en una situación emocional muy vulnerable y de ahí se derivó esa actitud hacia mí, fue riesgoso sobre todo para él porque frente a cualquier manifestación de incomodidad de mi parte, los productores que han sido mis porteros hubieran podido hacer que perdiera su trabajo o algo más, cuando menos en este paraje.
4. La pasante asignada para realizar su tesis sobre una encuesta de epidemiología sociocultural fue dada de baja por conducta inapropiada e irresponsabilidad frente a la comunidad, son situaciones que se salen completamente de mis manos, pero retrasan el trabajo de campo.
5. Tal vez el asunto más grave es que uno de mis participantes (Lucio) está recibiendo amenazas para ser extorsionado y yo estoy afectada en virtud

de que a mí me ha dado toda la información sobre su familia y su vida, fue una desafortunada coincidencia que me puso en una situación muy incómoda y sobre la que tuve que invertir mucho tiempo con las personas de las chinampas. Esto no es más que un reflejo de la situación nacional

Los problemas de salud identificados y sobre los que estuve trabajando fueron:

1. Hay un problema histórico de violencia en las escuelas (Bulling) que han descrito diversas familias participantes. Llama la atención que entrevistando a adultos varones, hablen de cómo eran maltratados físicamente por sus compañeros en la escuela, incluso podían agredir a sus madres por reclamar. Actualmente escucho historias de niños que son golpeados por sus compañeros y el personal de la escuela, igual que en las historias de hace 20 años no intervienen.
2. Existe evidencia del problema de manejo de los plaguicidas y fertilizantes que estamos viendo con el ingeniero agrónomo.
3. Un problema grave de contaminación de los canales (son basureros algunos), aunado a la plaga de mojarras que son consumidas con cierta frecuencia por algunos habitantes de las chinampas.

Otros problemas sociales:

1. Un significativo incremento en los robos y asaltos en zonas de las chinampas que no se habían presentado y sobre lo cual se está criminalizando a los indígenas inmigrantes, debido a que uno de ellos es adicto e invitó a otros jóvenes indígenas en las chinampas y a partir de ahí, según los productores se iniciaron los robos y asaltos. Lo cual pone en riesgo esta fuente de trabajo para los indígenas que solicitan trabajo en la zona.