



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**POSGRADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y
DE LA SALUD**

MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIOMÉDICAS

ÁREA ANTROPOLOGÍA EN SALUD

**ESTRATEGIAS MATERNAS PARA EL CUIDADO DE LA
SALUD DE LOS HIJOS EN EDAD ESCOLAR, EN FAMILIAS
MEXICANAS MIGRANTES EN LA CIUDAD DE BEIJING, CHINA**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRÍA EN CIENCIAS

PRESENTA:

ERICKA GABRIELA OROZCO SAUL

TUTOR PRINCIPAL: DR. ALFREDO PAULO MAYA.

**Entidad: FACULTAD DE MEDICINA,
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

MÉXICO, D.F., FEBRERO 2016.



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.

Resumen

La situación política internacional que se presenta en la actualidad ha permitido el auge de nuevas potencias económicas como es el caso de China, país asiático que ha fortalecido a través de los años sus relaciones políticas y comerciales con México. El acercamiento de ambos países ha traído como consecuencia un aumento en el flujo de migrantes calificados mexicanos, quienes se trasladan con sus respectivas familias para establecerse en la capital de Beijing.

Durante su estancia en China y la integración a su sociedad receptora, las familias migrantes mexicanas hacen uso de los recursos locales para la vida diaria, así como asistencia de los servicios de salud. Las madres de familia debido al papel que ejercen como curadoras no profesionales para procurar el bienestar familiar, participan de forma activa en el proceso salud-enfermedad-atención de los problemas de salud presentados dentro del ámbito doméstico, con mayor énfasis en los padecimientos infantiles. La articulación de los mecanismos de atención maternos dentro de un ámbito cultural distinto al país de origen de estas mujeres se encuentra delimitado por la diferencia de idiomas y costumbres, serios problemas ambientales, recursos medicinales tradicionales desconocidos y un limitado acceso a los recursos biomédicos institucionales de salud.

En relación al panorama planteado la presente investigación tiene por objetivo la descripción y análisis de las estrategias establecidas para el cuidado de la salud de los hijos en edad escolar por las madres de familias mexicanas del gremio diplomático y empresarial. El trabajo se llevó a cabo en los distritos de Chaoyang y Shunyi en la ciudad de Beijing, China mediante la metodología etnográfica.

Como resultado de este trabajo, se presenta una descripción y análisis de los recursos materiales y sociales empleados para el cuidado doméstico infantil, así como los mecanismos de atención articulados por las madres de familia para la resolución de los problemas de salud relacionados con la situación de la contaminación ambiental que adolece Beijing y el contexto cultural distinto al país de origen en el que las participantes interactuaron. Lo anterior se expone con mayor detalle a través de la publicación realizada así como en los diferentes trabajos académicos presentados.

Agradecimientos

Mi agradecimiento al Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México, al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo y el financiamiento otorgado para realizar la presente investigación.

Agradezco a mi tutor el Dr. Alfredo Paulo Maya por su contribución para la realización de este trabajo. A la Dra. Edith Yesenia Peña Sánchez, mi reconocimiento por todo su apoyo, orientación y su importante colaboración para la publicación de los resultados obtenidos. Al Dr. Roberto Campos Navarro por ser ejemplo del trabajo interdisciplinario entre antropología y medicina. A todos los profesores del Posgrado quienes participaron con su experiencia y conocimiento en mi formación académica.

Mi más sincera gratitud y respeto para las mujeres participantes quienes me abrieron las puertas de sus hogares y me permitieron estar cerca de sus vidas para poder dar voz a sus experiencias. Ellas son la esencia de esta investigación.

A mi amigo y colega Jaume de las Heras Salord, quien desde el inicio me compartió su pasión por la investigación y porque mi trabajo tuviera presencia en otro continente.

Muchas gracias a todos los que siempre creyeron en mí, dando aliento y motivación para poder culminar con buenos frutos este arduo trabajo: A mi abuela Lupita por su inmenso amor, a Arlin Calderón por ayudarme a vencer los tsunamis, a Sestra Gabriela Martínez por contagiarme el espíritu de lucha, a Yanira Aguilar y Bruno Bazán por las semillas cosechadas en este camino.

A Víctor M. todo mi corazón por ser compañero de vida incondicional y por su gran enseñanza de nunca dejarme vencer por las adversidades. Finalmente, gracias a Malcom y Mateo por su incansable lealtad, paciencia y compañía.

妇女能顶半边天

"Las mujeres sostienen la mitad del cielo"

Proverbio Chino

Índice

Introducción.	1
Capítulo I: Antecedentes.	3
1.1. China en un contexto Breve.	3
1.2. La situación en la capital de Beijing.	4
1.3. Sobre los servicios de salud para la migración internacional.	5
Capítulo II: Del planteamiento a la estrategia teórico-metodológica.	7
2.1. Planteamiento problema.	7
2.2. Pregunta de investigación.	13
2.3. Hipótesis de trabajo.	13
2.4. Justificación.	14
2.5. Objetivo general y objetivos específicos.	16
2.6. Marco teórico de referencia.	18
2.6.1. Migración.	18
2.6.2. La madre como curadora no profesional de la salud familiar migrante.	39
2.6.3. Sistema de atención a la salud y relación médico-paciente en el contexto migratorio.	48
2.6.4. La medicina tradicional china en el contexto actual.	65
2.7. Estrategia metodológica.	68
Capítulo III: Caracterización de las participantes y perfil de vida.	83
3.1. Mujeres mexicanas: Migrantes, madres de familia, cuidadoras primarias.	83
3.2. Madres de familia del gremio diplomático.	87
- Andrea (Ad): migración y maternidad.	
- Daniela (Dd): migración y maternidad.	
- Lucía (Ld): migración y maternidad.	
3.3. Madres de familia del gremio empresarial.	107
- Marina (Me): Migración y maternidad.	

- Leticia (Le): Migración y maternidad.
- Pilar (Pe): Migración y maternidad.

Capítulo IV: Condiciones materiales de existencia e interacción social de las participantes.128

4.1. Beijing: Espacios y condiciones de vida de las madres mexicanas.	128
4.2. Aspectos cotidianos de la capital china.	129
4.3. Dos distritos contrastantes: Chaoyang y Shunyi.	145
- Sitios de asentamiento, la ciudad y los suburbios.	
- Dongzhimen-Sanlitun.	
- Shunyi.	
4.4. Familias mexicanas y su asentamiento en Beijing.	150
4.5. El reencuentro de la patria: Embajada de México.	159
4.6. El templo de Nantang y la comunidad hispano-it.	168
4.7. Las escuelas internacionales de educación básica.	174
- Beanstalk International Bilingual (BIBS).	
- Beijing Rego British School (BRBS).	
- Dullwich College Beijing (DCB).	
- Ivy Academy (IBS).	
- Yewchung International School of Beijing.	
4.8. Más que una empleada doméstica: La Ayi.	182

Capítulo V: Recursos para la salud y su operación en diferentes espacios.191

5.1. Descripción de los recursos materiales utilizados por las madre de familia para la resolución de los problemas de salud.	191
- Beijing Unido, institución de salud de primer y segundo nivel de atención para pacientes extranjeros.	
- El hospital principal de Beijing Unido.	
- Servicios de Pediatría en Beijing Unido.	
- Clínicas de primer nivel en Beijing Unido.	
5.2. Obtención de recursos biomédicos y tradicionales chinos, medicamentos para el cuidado de la salud.	207
5.3. Obtención de los recursos no biomédicos: remedios y sustancias para el cuidado de la salud.	228

5.4. Descripción de los recursos sociales utilizados por las madres de familia para la resolución de los problemas de salud.	237
- Embajada mexicana.	
- Comunidad católica.	
- Apoyos sociales diversos.	
- Facilitadora intercultural.	
5.5. Percepción de la medicina tradicional china.	261
Consideraciones acerca de los resultados obtenidos.	266
Anexos.	271
Anexo 1: Guión de entrevista semi estructurada sobre características socio económicas, demográficas y migratorias	
Anexo 2: Guión de entrevista a profundidad sobre problemas de salud de los hijos, recursos para la salud y estrategias de cuidado de la salud.	
Anexo 3: Carta consentimiento.	
Bibliografía.	287

PUBLICACIÓN

Contaminación ambiental y prácticas culturales sobre cuidados maternos de migrantes mexicanas en Beijing, China.	299
---	-----

OTRAS ACTIVIDADES: CONGRESO Y CARTEL

Congreso: Migración e interculturalidad en salud: Comparación de los cuidados maternos a niños escolares en dos contextos, China y España.	325
Cartel: Cuidados e interculturalidad en las infecciones respiratorias infantiles.	352

Introducción

La presente investigación de perspectiva antropológica aborda el fenómeno migratorio internacional de familias mexicanas que se trasladaron a Beijing, China, por motivos laborales y de desarrollo económico. Es en este cambio de residencia, durante el establecimiento de un nuevo hogar y de la convivencia con la sociedad receptora, donde las madres de estas familias migradas se ven en la necesidad de adecuar las actividades cotidianas del ámbito doméstico, incluyendo con esto los cuidados de la salud y del desarrollo de sus hijos, todo bajo un contexto distinto al de su país de origen.

Es por ello que este trabajo describe y analiza las estrategias de atención maternas para hacer frente a los problemas de salud presentados en sus hijos en edad escolar durante su residencia en la ciudad de Beijing. El trabajo de campo se realizó durante varias estancias en esta capital, con seis mujeres mexicanas seleccionadas bajo criterios tipológicos y que de forma voluntaria decidieron participar para dar voz a su experiencia. A partir de la convivencia, la recopilación de información en entrevistas y observación participante, se recabaron los datos más importantes para la reconstrucción y discusión de los elementos que conformaron los principales mecanismos de atención (Peña, 2012) en un contexto migratorio; los motivos de búsqueda de la curación del niño enfermo, partiendo del modelo de autoatención dentro del ámbito doméstico como parte de los cuidados maternos (Menéndez, 1983 ; Osorio, 2011), de los modelos explicativos de los padecimientos presentados (Kleinman, 1988) durante los encuentros con los curadores profesionales del sistema de salud local para extranjeros, la forma de uso de los recursos terapéuticos materiales y sociales conocidos y la integración de nuevos recursos, así como las principales barreras y puntos de vulnerabilidad que tuvieron influencia en dichos mecanismos de atención.

Para desarrollar el contenido de la investigación presentada, la tesis se ha estructurado en los siguientes puntos:

El primer capítulo plantea los antecedentes del contexto en donde se llevó a cabo la investigación mediante una breve descripción de China, su capital y los servicios de salud enfocados en los migrantes internacionales.

El segundo capítulo explica el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, las hipótesis de trabajo, justificación, los objetivos y el marco de referencia que guió el trabajo mediante la inclusión de migración, la madre como curadora no profesional de la salud, el sistema de atención a la salud y la relación médico paciente en el contexto migratorio y la medicina tradicional china en la actualidad.

El tercer capítulo describe las características de cada una de las seis mujeres madre de familia participantes, contemplando sus orígenes, la conformación familiar, la experiencia de la maternidad, así como las causas y condiciones por las que migraron de México hacia el exterior.

En el cuarto capítulo se hace referencia a las condiciones de vida en la ciudad china de Beijing, contemplando los principales aspectos cotidianos, los espacios sociales y las escuelas internacionales en los dos distritos donde se asentaron las familias, Chaoyang y Shunyi.

El quinto capítulo describe los recursos sociales y materiales para la salud, contemplando la principal institución hospitalaria privada para los migrantes extranjeros y la terapéutica tradicional china, así como la forma de su operación frente a los problemas de salud.

Las conclusiones de los resultados obtenidos presentan las principales reflexiones obtenidas del alcance del trabajo realizado a través de la publicación realizada y las actividades académicas.

Los tres anexos incluyen los guiones de entrevista y la carta de consentimiento informado que fuera entregado a cada una de las mujeres participantes.

La aportación de la presente investigación culmina con la elaboración de la publicación que lleva por título: *Contaminación ambiental y prácticas culturales sobre cuidados maternos de migrantes mexicanas en Beijing, China*. Publicación que forma parte del libro *Cambio climático y procesos culturales*, Vol. 3; Dirección de Etnología y Antropología Social, CONACULTA-INAH, que actualmente se encuentra en proceso de edición.

Este trabajo finaliza con dos actividades académicas realizadas:

Ponencia titulada *Migración e interculturalidad en salud: comparación de los cuidados maternos a niños escolares en dos contextos, China y España*. Presentada en el II Congreso Nacional de Antropología Social y Etnología, realizado en la ciudad de Morelia Michoacán en septiembre de 2012.

Póster titulado *Cuidados e interculturalidad en las infecciones respiratorias infantiles* en colaboración con el Dr. de las Heras Salord, presentado en la IV Jornada de Investigación "Ciudad Real Biomédica" Facultad de Medicina de Ciudad Real España, en diciembre 2014.

Capítulo I: Antecedentes

1.1. China en un contexto breve

La República Popular China (RPC) actualmente se muestra al mundo como la nación más poblada del mundo, con una amplia riqueza económica, cultural e histórica. Internacionalmente es considerada como una de las potencias económicas más sólidas, ya que en las últimas tres décadas ha sido el país con mayor crecimiento económico sostenido a nivel mundial, registrando tasas de crecimiento promedio anuales del Producto Interno Bruto (PIB) del 10 por ciento (World Bank Group, 2015). Datos del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial ubican a China como la segunda economía más grande del mundo tras Estados Unidos (CEBR, 2015). Esto ha provocado que distintos actores de la comunidad internacional hayan puesto su mirada sobre este país para buscar fortalecer los lazos diplomáticos, comerciales y educativos, dando como resultado un aumento del flujo migratorio de extranjeros hacia esta nación, siendo la capital de Beijing una de las principales ciudades receptoras. A pesar de no disponer de datos oficiales que refieran una cifra exacta de los inmigrados habitando en Beijing, se estima que residen en ella más de ciento cincuenta mil extranjeros (China Daily, 2010). Debido a lo anterior, la comunidad internacional ha puesto su mirada sobre China para buscar fortalecer los lazos políticos, económicos, comerciales y educativos, dando como resultado un aumento del flujo migratorio de extranjeros hacia el superpoblado país que cuenta, de acuerdo con el censo de 2010, con 1, 339, 724,852 habitantes (Jiantang, 2011).

El número exacto de extranjeros, las actividades económicas o sociales que desempeñan y sus condiciones generales de vida en China aún no se conocen a profundidad, pues a pesar de que en 1953 se realizó el primer censo nacional, fue hasta el quinto censo llevado a cabo en noviembre de 2010, que por primera vez se consideraron a los extranjeros dentro de la información estadística nacional.

La Oficina Nacional de Estadística de China informó en los resultados de dicho censo que la cifra de extranjeros es de 593,832. Del listado de los diez países de origen con mayor número de migrantes que residen en China se ubican

la República de Corea, Estados Unidos y Japón a la cabeza, seguidos por Myanmar y Canadá (Shan, 2011). Ningún país de habla hispana figura dentro del listado, por lo que el número de habitantes provenientes de América Latina y el Caribe o de la Península Ibérica es reducido. Este grupo de población minoritario se inserta a su vez dentro del conjunto de migrantes que conforman cerca del 0.4% de la población total en China.

El encargado del Centro de Investigación de Población y Desarrollo, Zhang Xuying, comentó que “el número de extranjeros en China ha ido en aumento por lo que es tiempo de reunir datos estadísticos, con el fin de que el Gobierno chino pueda elaborar las políticas públicas correspondientes” (Huang, 2010). El único control que se tiene de la gente que ingresa al país es mediante el registro del pasaporte y la vigencia de la visa que exige la Oficina de Seguridad Pública de China (Ji, 2010).

1.2. La situación en la capital de Beijing

También nombrado Pekín, es la segunda ciudad más grande y extensa de China, su población excede los veintidós millones de habitantes, sin contar el número de trabajadores migrantes chinos carentes de permiso de residencia oficial (China Daily, 2010). Beijing es considerado uno de los corazones más fuertes que concentran la actividad política del país, es sede del Partido Comunista Chino (PCCh), embajadas de más de 160 países, importantes universidades y centros culturales.

A pesar de no disponer de datos oficiales que refieran una cifra exacta de los inmigrados en esta ciudad, se estima residen en ella más de ciento cincuenta mil extranjeros, sin contar a los originarios de países del continente asiático (como coreanos, japoneses y singapurenses) cuya cantidad se estima sea mucho mayor (China Daily, 2010).

De los catorce distritos urbanos y suburbanos, además de los dos condados rurales que conforman *Beijing*, son tres los distritos de mayor concentración de extranjeros: *Chaoyang* reúne la actividad diplomática, comercial, empresarial y

hospitalaria en torno a la inmigración internacional predominantemente de occidente; *Shunyi* alberga la zona residencial y algunas de las escuelas primarias y secundarias más importantes, y *Haidian* cuenta con la zona universitaria y estudiantil.

Esta concentración de extranjeros residentes en Beijing genera una importante demanda de servicios, escolares, comerciales, de entretenimiento, y por supuesto de salud.

1.3. Sobre los servicios de salud para la migración internacional

Precisamente, respecto al tema del sistema de salud, es importante hacer notar que China es uno de los pocos países que aceptan, reconocen, legalizan e impulsan sistemas médicos plurales, haciendo énfasis en la medicina tradicional milenaria que los caracteriza y al mismo tiempo en la tecnología científica de la medicina occidental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) respalda el rol que juegan la acupuntura y herbolaria china a nivel nacional e internacional, a través del impulso y gestión acciones contempladas en el sistema chino de salud. Mediante este sistema los pacientes chinos y extranjeros se benefician de ambos enfoques médicos.

Por otra parte, los estándares del servicio médico en China han ido en evolución. A partir del cambio de modelo económico llevado a cabo en 1979, la cobertura y la prestación de servicios de salud han sufrido grandes transformaciones hacia una estructura de economía de mercado que condiciona la “universalidad” y protección de estos servicios, dependiendo del nivel de ingreso de los ciudadanos y del pago por consumo (Yan, 2010).

Beijing cuenta con alrededor de 500 centros hospitalarios de los cuales catorce disponen de recursos necesarios para la atención enfocada a extranjeros, (*The Beijiner*, 2010) incluyendo dos hospitales de alto nivel, *The China-Japan Friendship Hospital* y el *Beijing United Hospital*. Estas instituciones privadas *ad hoc* para extranjeros otorgan sus servicios mediante el cobro del seguro de gastos médicos del paciente o un depósito por adelantado, ocasionando por lo tanto limitaciones en el acceso o conflictos de atención. Es importante señalar que los

costos de estos servicios y depósitos son considerables, una consulta externa cuesta alrededor de USD100, mientras que la atención del parto, sin considerar la etapa de control prenatal y el puerperio, puede costar aproximadamente USD 25,000 (*US Department State*, 2010). Por otro lado, existen aproximadamente 200 médicos extranjeros bilingües o políglotas capaces de otorgar consulta y relacionarse con el paciente inmigrante que demanda atención.

La insatisfacción de los extranjeros al momento de utilizar los servicios médicos de Beijing ha alcanzado medios de expresión como los Blogs y Foros comunitarios. "*China Beyond the Wall*", un blog construido por europeos, cuenta con la sección "*Hard to explain China*", donde comparten casos reales acerca de las dificultades culturales que tienen las personas al momento de llenar formularios en los hospitales, la comunicación con los médicos y las enfermeras al momento de solicitar la consulta y manifestar su sintomatología, e incluso situaciones donde por motivos de desconfianza o experiencias desagradables previas, prefieren regresar a su país de origen para buscar la atención médica o quirúrgica adecuada (*China Beyond the Wall*, 2010).

El poco entrenamiento del personal paramédico en el idioma inglés al momento de solicitar una ambulancia o los servicios de emergencia y la restricción que imponen las aduanas aeroportuarias al momento del ingresar extranjeros con enfermedades crónicas cuyos medicamentos importados están prescritos por médicos no chinos son otros ejemplos que motivan el descontento de los extranjeros.

Capítulo II: Del planteamiento a la estrategia teórico-metodológica

2.1. Planteamiento problema

México, China y la mujer migrante

El 14 de febrero de 1972 se establecieron las relaciones diplomáticas entre la República Popular China y los Estados Unidos Mexicanos. A lo largo de más de cuarenta años, ambos Gobiernos han desarrollado una relación bilateral de alianzas y estrategias en beneficio mutuo. Al ser China la segunda potencia global y el segundo socio comercial de México en el mundo, en la última década se ha visto un aumento del número de migrantes mexicanos a China en búsqueda de mayores oportunidades para estrechar las relaciones entre ambos países en los ámbitos político, comercial, cultural y educativo. El número exacto de mexicanos que habitan en China se desconoce, debido al subregistro que hay en los consulados mexicanos instalados en todo lo largo del país. Una de las obligaciones de todo mexicano que radica en el extranjero es registrarse ante las secciones consulares de las Embajadas de México o los Consulados mexicanos en los países receptores; sin embargo pocos mexicanos se acercan a dichas representaciones diplomáticas mexicanas, quizá esta omisión probablemente se deba a fluctuaciones por la movilidad de las personas, falta de acercamiento a la institución mexicana a su comunidad o desconocimiento de los beneficios de protección y asistencia consular los cuales podrían tener acceso. La Embajada de México en China estima que habitan en ese país asiático un aproximado de 1,200 mexicanos, con variaciones y fluctuaciones temporales. De este número, cerca de 400 personas residen en la capital Beijing. Actualmente es difícil pensar en el proceso de mundialización sin las transformaciones globales que esto conlleva. Uno de los cambios que ha tenido mayor influencia en este proceso es el aumento de los movimientos internacionales de población, constituyendo así una dinámica clave dentro de las sociedades plurales. (Borisovna, 2002; Rossi 2012).

Según el BM, este flujo migratorio representa el 3.1% de la población mundial total, cifra que se mantiene en proporción constante respecto al aumento del número de habitantes en todos los continentes (OIM 2010).

Las causas de migración son múltiples, aunque las de mayor peso sean aquellas que por cuestiones de alta vulnerabilidad social, política y económica del sujeto obligan a éste a reubicarse en sitios más benéficos; existen también aquellas razones por las que voluntariamente se parte del país de origen en búsqueda de mejores condiciones de vida. La Organización Internacional para las Migraciones define a un migrante internacional como: “cualquier persona que cambie su país de residencia usual”, independientemente de los motivos migratorios (OIM, 1997). El tipo de movilidad humana entre México y China que específicamente abarca el presente proyecto, se refiere al proceso de migración internacional de grupos familiares altamente calificados, en donde estos actores deciden de forma libre el destino donde puede obtener el mayor rédito posible, consensuando la salida de México con la acompañante, en este caso, las esposas mexicanas.

El migrante calificado se distingue por contar con ciertas características en relación a su tipo de estancia en la sociedad receptora; es aquel que: “(...) por sus competencias recibe un tratamiento preferencial en cuanto a su admisión en un país distinto al suyo. Por esas razones, está sujeto a menos restricciones en lo que respecta a la duración de su estadía en el país receptor, al cambio de empleo y a la reunificación familiar” (OIM, 2012).

Las mujeres que resultan de un interés específico para este estudio son básicamente de dos grandes grupos en relación con el perfil laboral del migrante mexicano jefe de familia, es decir, aquellas esposas de diplomáticos cuya adscripción es la Embajada de México en China y las esposas de profesionistas que trabajan para empresas transnacionales mexicanas o extranjeras establecidas en Beijing. Ambos grupos presentan una mayor estabilidad laboral en comparación con migrantes independientes (*freelance*, *outsourcing*, consultores, etc.) por lo que su establecimiento dentro de la sociedad receptora se define por una estancia residencial mayor a un año, necesidad de incorporación de los hijos

a las escuelas para continuar con la formación educativa, la búsqueda de servicios de salud, la asistencia a sitios de recreación para la convivencia familiar y espacios para profesar la religión, etc. Esta participación de la mujer mexicana dentro de la migración depende de múltiples factores que intervienen en diferentes momentos, entre ellos los más destacables son el rol que ocupe la mujer dentro de su familia y de las condiciones de vida y dinámica social de origen, su autonomía y capacidad que tenga durante la toma de decisiones, el acceso a los recursos y la existencia de estratificación por género en las sociedades de origen y aquellas de destino.

Dentro del proceso de movilización internacional existen secuencias bien definidas que conforman la trayectoria migratoria de forma personalizada, otorgando distintos matices a la experiencia vivida por los actores involucrados. Entre los principales se encuentran los motivos de migración, las actitudes personales para enfrentar las condiciones psicológicas estresantes, la estructura y consenso familiar particular, conocimiento de la cultura receptora, idiomas hablados, actitudes locales de la población de destino, tiempo de estancia, políticas referentes a migración, entre otros (Bhugra, 1998; Rossi 2012).

Es de suma importancia reconocer el papel que tiene la mujer como madre dentro de la familia que migra a otro país. En el campo de la salud, múltiples investigaciones de corte antropológico establecen que la forma de reconocimiento de un problema de salud no es dado únicamente por el médico o curador. Menéndez (1983) refiere al modelo de autoatención como las acciones llevadas a cabo por la propia persona o por personas inmediatas de su grupo parental o comunal, determinando el primer nivel real de atención a los problemas de salud. Cuando el sujeto aún carece de la autosuficiencia para procurar y mantener la salud como es el caso de los niños, la madre se considera un curador no profesional que participa activamente como eje del proceso salud- enfermedad-atención.

Algunos autores señalan que este modelo parte de la toma de decisiones basadas en saberes de la madre, generando estrategias de respuesta que incluyen prácticas de curación prevención y cuidado (Osorio, 2001) contemplando

los recursos materiales y sociales que se encuentren disponibles en su entorno.

Estos recursos son articulados acorde a los mecanismos de atención permitiendo una flexible multidireccionalidad de la búsqueda de la cura del enfermo (Peña, 2012). Sin embargo, cuando la madre vive la situación de ser migrante internacional, al hablar de salud es importante tomar en cuenta algunos aspectos generales que son necesarios a considerar: los problemas de salud que presenten alguno de los miembros de la familia migrante en especial los hijos de familia. La forma de integración de la madre en la sociedad receptora que resulta ajena y limitante a su estilo de vida; así como los obstáculos de accesibilidad que tenga a los diversos recursos y servicios de salud locales. Por último, el tipo de interacción intercultural que tenga la madre con los médicos o terapeutas locales en perjuicio o beneficio de la resolución de los problemas de salud.

La situación de servicios de salud locales para extranjeros

Beijing por ser la capital política, centro de educación y de instituciones científicas y culturales, alberga un gran número de extranjeros provenientes de más de 170 países que diariamente interactúan con la sociedad china haciendo uso y demandando los servicios básicos, de los cuales, uno de los más importantes es el servicio médico de atención a la salud.

A raíz de los juegos Olímpicos de 2008, el Gobierno chino en colaboración con la OMS procuró ampliar y adaptar recursos e instituciones para mejorar la calidad de atención hacia los extranjeros (WHO, 2008). Esto ha permitido que instituciones privadas ofrezcan una variedad de servicios por medio de médicos chinos preparados en el extranjero, así como médicos foráneos provenientes principalmente de América y Europa que ejercen la medicina en espacios destinados a pacientes tanto chinos, como de múltiples nacionalidades.

A pesar de lo anterior, el Subjefe del Distrito de Chaoyang - el distrito con el mayor número de extranjeros concentrados por zona- Zhang Chunxiu, reconoce que factores como la falta de médicos preparados en atención a extranjeros, las diferencias culturales, el sistema de seguros, la administración de las instituciones y los planes de cobranza han contribuido a la insatisfacción por parte de los

usuarios al momento de recurrir a los servicios médicos privados (Hui,2010; Xiang,2005; Lihong, 2008).

Algunas consideraciones sobre la interculturalidad entorno a la salud

Partiendo de que las nociones anteriormente señaladas se relacionan en gran medida con la cultura de procedencia del migrante occidental, cuando los grupos familiares de mexicanos migrantes calificados se trasladan a una sociedad culturalmente distinta a la de su origen, surge una interacción particular entre ellos y los espacios sociales, incluyendo el encuentro clínico con los prestadores de servicios de salud locales. Estas relaciones interculturales entre migrante y sociedad receptora son analizadas desde múltiples perspectivas, muchas de ellas contradictorias entre sí, ya que la realidad presenta grandes obstáculos y deficiencias (Rico, 2009; Bredart, 2005; Burbinski,1990).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone una definición ideal y genérica: “La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad.”

Algunos autores quienes trabajan la interculturalidad en Latinoamérica la definen como: “La capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional” (Ramírez,2008; Ibacache y Oyarce, 1996). Para que esta interacción intercultural pueda articularse entre los sujetos, Campos (2001) propone tomar en cuenta las características de reconocimiento y aceptación del “otro”, la admisión de la alteridad que requiere de diálogo, aproximación a la cultura ajena y una gran flexibilidad ideológica para tratar de no imponer *a priori* un sólo sistema de pensamiento.

Los migrantes mexicanos que habitan en la capital de China al momento de solicitar la atención médica se enfrentan a barreras lingüísticas y diferencias culturales durante el diálogo con el personal de salud. Por lo tanto, esto puede derivar en relaciones asimétricas y conflictivas durante el espacio clínico,

resultando en situaciones de insatisfacción por parte del usuario y en otros casos, hasta situaciones de discriminación.

El ejemplo más claro y reciente que se puede citar al respecto es el caso de la pandemia de influenza A H1N1, donde 71 mexicanos fueron puestos en cuarentena, viviendo restricciones y aislamientos innecesarios que provocaron la reacción de autoridades mexicanas exigiendo a organismos internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el fomento al respeto y combate a la discriminación (CNN Expansión, 2009).

La situación ambiental

La OMS publicó en el año de 2011 el primer mapa que muestra la calidad del aire de 1,100 ciudades de 91 países, (Rey, 2011) ya que más de dos millones de personas mueren cada año a causa de la inhalación de pequeñas partículas y contaminantes del aire de espacios interiores y exteriores. Las directrices de la OMS sobre calidad de aire establecen una cifra de 20 microgramos por metro cúbico ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) como media anual, pero los datos muestran que en algunas ciudades la media de PM10 ha llegado hasta 300 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (OMS, 2011). Beijing se encuentra entre las principales ciudades asiáticas cuyos niveles de contaminación atmosférica se mantienen elevados constantemente, esto debido a la alta emisión de dióxido de sulfuro y nitrógeno producido por vehículos motorizados, fábricas e industrias, alcanzando niveles mayores de 500 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (*The Beijinger*, 2011).

Las fuentes primarias de datos sobre contaminación provienen de fuentes nacionales oficiales, como es la Oficina del Medio Ambiente de Pekín, pero existen constantemente “desacuerdos” entre las mediciones realizadas por los chinos, quienes estiman que el aire es perfectamente sano el 80% del tiempo, en contraste con aquellas elaboradas por organismos extranjeros que declaran la calidad saludable únicamente diez días del año (Lihong, 2008).

Es por ello que la Embajada de Estados Unidos en China cuenta con su propio monitor de calidad del aire, que se encuentra siempre disponible para consulta abierta por medio de redes sociales como *twitter* y la página web oficial de dicha embajada. Este monitoreo particular muestra durante cada hora del día

los niveles de contaminación alcanzados. De forma constante aparecen las categorías consideradas “nocivos para la salud (*Unhealthy*)” o “muy peligrosos (*Hazardous*)” (*Beijing US Embassy, 2012*) permitiendo que la población extranjera tome sus precauciones y las escuelas internacionales adapten las actividades escolares dentro de las aulas, prohibiendo la salida de los alumnos al aire libre, ya que en grupos vulnerables como lo es el infantil, esto puede ocasionar deterioro del sistema respiratorio (*Chickering, 2010*).

2.2. Pregunta de investigación

En el marco de la migración internacional, la mujer mexicana que acompaña al migrante calificado para vivir en Beijing se encuentra interactuando con una cultura distinta a la de mexicana, caracterizada principalmente por diferencias importantes en: a) El idioma y las costumbres culturales. b) Una difícil recepción e integración de los extranjeros. c) Problemas ambientales caracterizados por altos niveles, permanentes, de contaminación atmosférica. d) Un limitado acceso a los recursos locales de salud, con algunos antecedentes de conflictos entre pacientes y las instituciones médicas enfocadas a la atención para los extranjeros. Esto nos genera la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las estrategias que elaboran las madres de familias migrantes en la ciudad de Beijing para hacer frente a los problemas de salud que afecten a sus hijos y a sus familias?

2.3. Hipótesis de trabajo

Primera: Las madres migrantes con mayor experiencia en el cuidado de las enfermedades de sus hijos y que cuenten con más relaciones de apoyo de terceras personas, generarán más y mejores estrategias para la resolución de los problemas de salud de los hijos. Madres con mayor experiencia incorporarán más de un elemento o recurso que les resulte útil para la atención y el cuidado de la enfermedad de los hijos.

Segunda: Las madres migrantes con percepción negativa sobre los servicios de salud en Beijing, con mayores limitaciones de accesibilidad, o con dificultades de comunicación e interacción con el personal de salud, establecerán estrategias que integren recursos terapéuticos alternativos, a los ofrecidos localmente, para la solución de los problemas de salud que presenten los hijos.

Tercera: Las madres migrantes con mayores recursos económicos y sociales, incorporarán mecanismos de atención, de bajo riesgo para la salud, al percibirse en un estado de menor vulnerabilidad. Madres con menores recursos económicos y sociales, incorporarán mecanismos de atención, de mayor riesgo para la salud, al percibirse en un estado de mayor vulnerabilidad, al no contar con muchas alternativas de solución para su problema de salud.

2.4. Justificación

Las aportaciones de este trabajo a la literatura de la Antropología en Salud serán el resultado del estudio de la mujer mexicana frente al proceso migratorio internacional en relación al problema del cuidado de la salud de los hijos en el contexto cultural chino donde estas familias residen.

El presente trabajo cubre tres aspectos principales. Primeramente, se enfoca en una población específica de familias mexicanas que se trasladan legalmente a otro país, cuyo jefe de cada familia migra en calidad de trabajador calificado. En la antropología médica en México no existen muchos estudios que describan las repercusiones, que en este tipo de población, pueda tener el fenómeno migratorio sobre el campo de la salud. El predominio de la documentación académica se centra mayoritariamente en el estudio de los migrantes mexicanos de bajos recursos que residen de forma ilegal en Estados Unidos y Canadá, por lo que este estudio permitirá ampliar la comprensión del fenómeno migratorio y sus repercusiones en el área de la salud.

El segundo aspecto de relevancia se relaciona con el lugar de estudio, ya que los mexicanos que habitan en China se enfrentan al desafío de vivir en

contacto con una cultura nueva, que no presenta referentes cercanos respecto a la cultura mexicana.

Tercero, la presente investigación se realiza desde el contexto familiar con el enfoque en el quehacer de la madre migrante frente al problema de salud infantil, lo que permitirá a futuro servir como un referente para realizar estudios que contemplen aspectos de migración internacional en torno a la salud y cuidados maternos.

Como punto de partida para expresar el interés personal del presente proyecto, hago mención de la experiencia que tuve como asesora externa en un proyecto llevado a cabo por el Instituto Interamericano de Derechos Humanos sobre salud reproductiva y mujeres migrantes en tres contextos binacionales en Centro y Sudamérica, sensibilizándome en el tema de género, migración y salud.

Respecto a la medicina ejercida en un entorno multicultural, gracias a una breve estancia en la India como médico rural trabajando para una Organización no Gubernamental (*Child Family Health International*), me percaté de la importancia que el médico debe otorgar al reconocimiento de la situación cultural en la que el paciente se desarrolla para organizar el sentido colectivo que determina el padecer y las conductas subsecuentes.

Los padecimientos de salud que un sujeto pueda experimentar puede tener varias interpretaciones desde su visión, sin embargo una interpretación que prevalecerá será una visión desde su perspectiva cultural, de la cual se desprende una serie de comportamientos que influyen en los métodos diagnósticos, curativos y preventivos. En el caso de India tuve que romper con la postura etnocentrista y biomédica “reduccionista” para crear entonces un “puente” comunicativo que permitiera el acercamiento al enfermo desde la integración de ambas medicinas, la india y la occidental.

Posteriormente, por razones personales habité en Beijing de septiembre 2010 a enero de 2011, donde tuve de nuevo la oportunidad de brindar atención médica primaria, enfocando el trato en familias latinoamericanas por cuenta propia, involucrándome con la comunidad mexicana. Esto permitió conocer a

diversas madres de familias de esposos empresarios y diplomáticos e informarme de los problemas a los que se enfrentan.

Las madres de familia que viven en condición migratoria en Beijing suelen manifestar con frecuencia, su gran inquietud en la dificultad para hacer uso de los servicios de salud disponibles en la ciudad y en las medidas para el cuidado de la salud de los hijos. Los principales obstáculos a los que se enfrentan son: a) El poco acceso a medicamentos de tipo *OTC* (*Over The Counter*). b) La falta de un buen entendimiento en la comunicación con el médico. c) La falta de confianza hacia el cuerpo médico y el personal de enfermería, que provoca desapego terapéutico. d) Verse obligadas a realizar múltiples interconsultas y traslados a otros sitios de atención. e) Inconformidad con respecto al trato personal con los médicos y los distintos miembros del sistema de salud chino.

Las inconformidades que reiteradamente manifiestan las madres, las obliga a realizar cambios en su conducta para resolver dicha problemática. La principal respuesta fue que de manera sistemática recurrieron al empleo de algunas plantas, jarabes y polvos de la medicina tradicional china, por recomendación. Las madres encontraron en estas recomendaciones una solución para atender y curar en el hogar padecimientos, aparentemente, no graves como infecciones respiratorias y diarreas, entre otros.

2.5. Objetivo general y objetivos específicos

El objetivo general de este trabajo es describir y analizar las distintas estrategias y los mecanismos que emplean las madres de familias mexicanas migrantes en la ciudad de Beijing, para la atención y cuidado de las enfermedades presentadas por sus hijos, así como el tipo de relación que establecen con los servicios de salud locales.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Estrategias para el cuidado de la salud de los hijos

Describir y analizar:

- Las prácticas de la madre con relación a aspectos higiénico-dietéticos y de prevención de la enfermedad, ante la contaminación ambiental en Beijing.
- La experiencia materna previa para la atención de las enfermedades infantiles.
- Los mecanismos de atención que emplean las madres para el cuidado de la salud de sus hijos.
- La interacción que las madres tienen con los servicios de salud biomédicos y tradicionales en Beijing.
- El uso de uno o varios idiomas al recurrir a un servicio de atención médica para los hijos en Beijing.
- El uso de nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC).
- La Búsqueda de apoyo de terceras personas (Esposo, Hijos, Amistades Cercanas, Empleada Doméstica "Ayi", familia extensa, intérpretes, comunidad mexicana o de otra nacionalidad) para resolver un problema de salud en Beijing.

2. Instituciones y recursos para la salud

Describir y analizar:

- La percepción y el uso de la madre sobre las instituciones de salud biomédicas y servicios de medicina tradicional china.
- La percepción de la madre con respecto a la relación médico-paciente en el sistema de atención médico en Beijing.
- La percepción y el uso por parte de la madre con respecto a los fármacos locales.
- La accesibilidad para el seguimiento médico y la comunicación directa con el terapeuta responsable.
- La accesibilidad geográfica de los servicios médicos en Beijing.
- La accesibilidad financiera de los servicios médicos en Beijing.

3. Características de la familia y antecedentes migratorios

Describir y analizar:

- El perfil familiar.
- El perfil materno-infantil.
- La conformación de la familia.
- El estado económico familiar.
- Las condiciones de vida.
- Los espacios sociales con los que cuenta la familia.

- El manejo del idioma inglés y mandarín en la vida cotidiana.
- La experiencia migratoria previa.
- La trayectoria de migración a China.
- La adaptación familiar durante su llegada a China.
- Formas de relación y extensión de recursos de las familias mexicanas fuera de las fronteras geopolíticas de China.

2.6. Marco teórico de referencia

En el marco teórico se desarrollan las bases y el contexto necesarios para abordar la situación que viven las mujeres mexicanas participantes de la investigación en torno a su migración legal y voluntaria a Beijing, el cuidado que procuran a sus hijos menores de doce años durante la enfermedad y la relación que guardan con los servicios locales de salud.

Para ello, se abordan planteamientos surgidos de la sociología migratoria y de la antropología médica el proceso salud-enfermedad-atención, específicamente aquello relacionado a la madre como cuidadora primaria de la salud y bienestar familiar en relación a los mecanismos de atención.

2.6.1. Migración

Breve reseña sobre migración internacional

El estudio de la migración internacional y el contacto entre culturas ha sido un tema de importancia para la antropología mexicana. Las primeras investigaciones sobre migración de mexicanos hacia Estados Unidos fueron realizadas en la década de 1920 por Manuel Gamio, Robert Redfield y Paul Taylor (Arias y Durand, 2010) .

Por migración se encuentran múltiples y variadas definiciones, teniendo por concepto general el desplazamiento de personas que tienen como intención un cambio de residencia, desde un lugar de origen a otro de destino; atravesando algún límite geográfico que generalmente es una división político-administrativa. (Ruiz A. 2002)

Este desplazamiento resulta siempre dinámico, con altibajos asociados a causas ecológicas, políticas, sociales y económicas. Todo movimiento involucra tres tipos de flujos: El de personas por medio de la migración internacional, el flujo del capital y el flujo de la información a distancia en tiempo inmediato (Tambiah, 2000). Para el mundo postmoderno, el efecto se ha intensificado en las últimas décadas, provocando con esto el aumento en la diversificación sociocultural en sociedades plurales (Rossi, 2012).

Esta transformación de la condición global común resulta en un reto para la coexistencia equitativa entre los miembros que interactúan en espacios geopolíticos definidos.

A pesar de la existencia de ciertas condiciones que originan la migración el movimiento internacional solo se hace posible cuando concurren tres factores que permiten el desplazamiento o circulación de personas: El primero de ellos es una demanda de inmigrantes en los países receptores, seguido de una oferta de emigrantes en los países de origen, y tercero, una red que conecte esta oferta y demanda.

En este sentido, los tipos de migración se pueden clasificar en dos grandes grupos: Las voluntarias y las forzadas. La migración voluntaria se da gracias a la existencia de una red de apoyo que une la oferta de trabajo en los países expulsores y la demanda de capital humano de personas alta y medianamente calificadas en los países de recepción. La migración forzada surge por conflictos, violaciones a los derechos humanos y represión política que desplaza a gente de sus comunidades (Martin, 2001).

De esta forma, en nuestros días, la figura del migrante ya no está reducida al desplazamiento de las personas jóvenes, particularmente hombres, que van a la búsqueda de un mercado de trabajo más accesible y mejor remunerado; si no que ya se puede hablar de tres grandes grupos de migrantes conformados por: Los excluidos de los mercados de trabajo, los cuadros técnicos y profesionales, y los migrantes forzados.

En la primera categoría encontramos a aquellas personas que se desarrollan en los sectores informales o precarios de las entidades receptoras, por

la carencia de empleos suficientes y bien remunerados en sus sociedades de origen. Como consecuencia de su baja capacitación profesional, así como por la demanda existente de los países de recepción. Contrario a lo que ocurre en la categoría anterior, los cuadros más capacitados de las sociedades ya conforman un importante mercado transnacional de capital humano. Finalmente, las víctimas de conflictos políticos, ya sea étnico tribales al interior de los estados, o bien, guerras o invasiones con impacto regional e incluso continental por lo que se da paso a un flujo de asilados y refugiados políticos (Mármora, 2002).

Las ciencias encargadas de estudiar a los grupos migratorios que atraviesan las fronteras transnacionales para habitar en otras naciones, se encuentran en la constante búsqueda de nuevos términos para describir el perfil del migrante, los motivos de salida y la forma de interacción con la sociedad que los recibe.

Uno de los términos más discutidos en la actualidad es la palabra "Diáspora". Originalmente significaba esparcir o sembrar semillas, pero durante la antigüedad clásica fue empleado para hacer referencia a la población helénica que vivía fuera de Grecia y dispersa a lo largo del Mediterráneo. Más adelante, el término quedó clásicamente asociado a la actividad migratoria de los judíos y los armenios (Moya, 2004) debido a las características similares que compartían estos grupos.

Dominique Shnapper (1988) define a la diáspora como: "aquellas comunidades dispersas y comunicadas entre sí" para determinar una forma de unidad grupal y solidaridad. Para Walter Connor (1988), el término resulta simplemente como "ese segmento de un pueblo que vive fuera de la patria", permitiendo con esto su constante empleo en las publicaciones académicas en países anglófonos (Estados Unidos, Canadá y Australia) sobre cualquier tipo de fenómeno migratorio, sin importar las características específicas del grupo que lo distinguen de la migración en cadena o individual voluntaria.

A partir de la década de 1970, los medios masivos de comunicación, los discursos políticos referentes a las minorías, el incremento del flujo migratorio internacional a países industrializados, la amplia producción literaria de otras

ramas no sociológicas y la “moda académica” (Moya 2004, Tölölyan 1996), han recurrido a la diáspora de forma indiscriminada, provocando la dilución del término y adaptándolo en ocasiones de forma forzada a nuevas circunstancias sociales. Con la aparición de la revista canadiense *Diaspora: A Journal of transnational studies*, en la década de los 1990, los temas relacionados con la migración, la globalización, el proceso de construcción nacional luego de la segunda posguerra y las múltiples formas de movimiento, desplazamiento y deslocalización (Irazuzta, 2005) que se han experimentado desde entonces, llevaron a autores como Cohen, Clifford y Tölölyan a replantear los elementos centrales que definen a la diáspora como un término que describe a un sistema interactuando en una situación específica.

Nattie Golubov (2011) resume las propuestas de los autores previamente señalados en el siguiente listado de características que conserva la diáspora:

1. Difiere de la migración en cadena o individual porque la dispersión suele ser resultado de alguna catástrofe o expulsión, por lo que la memoria histórica y el duelo influyen directamente en su producción cultural y auto representación, así como en sus prácticas sociales, económicas y políticas (...) la dispersión desde un origen supone el cruce de fronteras socioculturales y al menos una frontera política.
2. Son comunidades étnicas, pero no todas las comunidades étnicas constituyen una diáspora. Se distinguen por mantener activamente una identidad cultural colectiva al conservar intactos elementos de su patria, como las prácticas lingüísticas, religiosas, culturales y sociales. Con frecuencia su sentido de pertenencia a una colectividad se recrudece por la real (o percibida) discriminación que se vive en el país de llegada.
3. Las diásporas producen y mantienen una retórica (por medio de la imaginación, envío de remesas, relaciones comerciales, grupos de presión) del retorno a la patria abandonada que en la práctica se manifiesta por medio de la creación y perpetuación de distintas redes de relaciones con comunidades semejantes en otros lugares y la patria misma.
4. El factor temporal resulta importante, ya que los migrantes que optan por quedarse en el país receptor, mantienen su identidad y posición como minoría y entonces forman parte de una diáspora existente, o colaboran para el establecimiento de una nueva. Los factores cualitativos más relevantes para determinar la pertenencia a una diáspora son la elección, la identidad e identificación que determinan la conciencia y las subjetividades diaspóricas.

Para William Safran (1988), los miembros de una diáspora deberán tener la característica de conservar una memoria colectiva sobre una patria idealizada, aunado al rechazo o pobre aceptación por parte de su sociedad anfitriona. La diáspora profiere por lo tanto, una lealtad a dicha patria y el mito del regreso a ella puede ser simbólico y ritual, impidiendo con esto la asimilación a la cultura receptora. Cuando un miembro del grupo es asimilado por la sociedad receptora (en cuanto a adquisición del lenguaje, vestuario, actividades cotidianas o inclusive en la obtención de la ciudadanía) para la diáspora es un miembro perdido.

Los actores diaspóricos usualmente son personajes que se relacionan con la religión, las artes, la política local y el activismo a favor de la patria defendida. Entre las acciones que llevan a cabo a favor de la diáspora, se encuentran las labores de cabildeo frente al gobierno receptor a favor de su condición de minoría migratoria, la protección a los compatriotas que aún permanecen en su país de origen, la recaudación de fondos para el envío de remesas, patrocinio de fiestas o rituales relacionados con las costumbres locales, intercambio social (como la unión matrimonial entre sujetos interdiaspóricos), económico y laboral.

Esta estrecha comunicación e interacción entre los miembros de las diásporas permite la autodeterminación organizada, el constante compromiso de todos los miembros que la conforman, creando lazos imaginarios dentro de los discursos y representaciones que fomentan la subjetividad del sentido de pertenencia.

Para poder reconocer un grupo diaspórico, es necesario que exista como colectividad activa, que procura de medios (escuelas, templos, sitios de reunión) y herramientas para la congregación de sus miembros, (Shnapper, 1988) no puede ser vista como meramente individuos esparcidos que se reúnen ocasionalmente, ya que además de diferenciarse culturalmente del país receptor, los miembros diaspóricos requieren de una identidad específica, (Tölölyan,1996) que se construye mediante la interacción con las normas, prácticas y valores que ofertan las instituciones comunitarias pertenecientes a la diáspora.

Debido a las condiciones globales cambiantes, es de esperar que la discusión en torno a la Diáspora sea itinerante. James Clifford (1994) plantea que

de acuerdo al momento histórico político, los grupos pueden ser más o menos diaspóricos, sin caer forzosamente en el cumplimiento rígido del tipo ideal propuesto por Cohen o Tölölyan. Pueden los grupos no siempre cumplir con todas las características que conforman la diáspora, por lo que un grupo puede ser más o menos diaspórico en cuanto reúnan más o menos dichas características. Para no caer en argumentaciones dicotómicas, el autor propone ver los límites de la diáspora en torno a la relación con el Estado Nación que la cobija, donde no existe la asimilación y donde existe una constante búsqueda de las esferas públicas alternas, haciendo al grupo distinto al resto que culturalmente conforma la sociedad receptora. Segundo, habrá inconformidad y reclamos por parte de la sociedad autóctona respecto al desempeño de los miembros diaspóricos.

Clifford contempla a la Diáspora como un sistema que evita la asimilación a la sociedad anfitriona, por lo que resulta importante para este proyecto citar las formas de incorporación de los migrantes al momento de establecerse en un país distinto al de su origen: La asimilación, en donde resulta indistinguible un miembro autóctono respecto al foráneo. La segunda forma es la integración, aquella incorporación que sólo resulta en ciertos sectores selectos o delimitados por la sociedad receptora. Y por último, la exclusión, en donde existe la falta de acceso a la mayoría de los espacios provocando desigualdad y rechazo del grupo migrante (Tambiah, 2000).

La comunidad mexicana en Beijing está conformada por migrantes voluntarios, que cuentan con destrezas ocupacionales que los han llevado a buscar libremente mejores oportunidades de desarrollo, insertándose así dentro del ramo económico activo de la sociedad capitalina. Por lo tanto, se pueden ubicar dentro del tipo de migrante altamente calificado. La mayoría de los miembros de esta comunidad se integran parcialmente en los ámbitos sociales relacionados con la educación, la recreación y el comercio, siempre guardando el respeto y acato hacia los órganos reguladores del Gobierno chino. Aunque los migrantes que conforman la comunidad mexicana comparten el español como único idioma hablado en casa, algunas de las tradiciones y los espacios comunes

de reunión social como la Embajada o la iglesia, no cumplen con los elementos centrales como para ser considerados una diáspora.

Es pertinente establecer que una comunidad étnica como la mexicana en Beijing difiere de una diáspora (por ejemplo, la cubana en Miami, la turca en Alemania o la caribeña en Inglaterra) al momento que sus miembros no representan un “todo” comunitario comprometido con mantener activa la conexión con su patria y sus comunidades emparentadas en otros Estados se encuentra ausente, débil o intermitente. La comunidad étnica es manifestada más por individuos que por un solo sistema unificador, no cuenta con una organización civil de auto representación conflictiva en el terreno político receptor. Por último, esta comunidad se integra y adapta al estilo de vida de la sociedad anfitriona (Tölölyan, 2000).

En cambio, la comunidad mexicana se contempla para fines del presente proyecto como un grupo de familias transnacionales, cada una conformadas por uno o ambos padres migrantes altamente calificados, (Rossi, 2012) quienes forman parte del proceso dinámico del transnacionalismo.

Las familias transnacionales son definidas como aquellas que, “(...) tanto en el sentido nuclear como extenso, se dispersan a otro lugar de residencia fuera del país de origen y tienden a pasar temporadas en un país y temporadas en otro; tienen hijos, padres, hermanos, cuñados, tíos, sobrinos, compadres y comadres, amigos y enemigos, en uno y otro lado. Pueden ir o venir de vacaciones y quedarse a trabajar por periodos que no está previamente determinados; o a la inversa, decidir que la estancia para trabajar, en uno u otro lado, va a ser por periodos determinados de tiempo (...). Pueden tener propiedades y negocios en uno y otro lado. Lo que puede ser más importante, desarrollan sus proyectos de vida en uno y otro país” (Pérez 2010).

El eje del transnacionalismo radica en los grupos de migrantes que mantienen activos los vínculos entre ambos países (receptor y emisor), existe un flujo de los intercambios comerciales a pequeña escala, reciprocidad pacífica con el medio anfitrión y solidaridad en cuanto a la participación local. Su estructura

triangular está formada por la dinámica del país de origen del migrante, el país de destino y los propios migrantes (Bauböck & Faist, 2010).

La mujer dentro del proceso migratorio

La literatura en torno al papel que desempeña la mujer en el proceso migratorio ha aumentado de forma significativa desde la década de 1980, abriendo el campo de su participación y ofreciendo una nueva mirada para la investigación, más allá de la esfera predominantemente masculina que había ocupado la mayoría de estos temas. (Stevens, 2010) Morokvasic (1984) realizó una de las primeras publicaciones sobre las diferentes modalidades de la migración femenina. Por un lado, subraya la incorporación de las inmigrantes a la fuerza laboral de los países de destino. Estas labores se ubican principalmente en el ámbito del trabajo doméstico y el comercio informal (Courtis & Pacecca, 2010). Morokvasic también apunta que los factores no económicos son tan relevantes como los laborales a la hora de entender las causas de la migración de las mujeres.

En este contexto, los estudios de migración han incorporado la perspectiva de Género, no definida como una variable, sino como “una serie de procesos sociales que organizan las pautas migratorias” (Hondagneu 1994). Desde la perspectiva demográfica, se ha subrayado la incorporación de las mujeres en los flujos migratorios internacionales (Donato, 1992) de tal forma que ha llegado a hablarse de una feminización de las migraciones. (Ortiz, 2007)

Por otro lado, el papel de las mujeres en el contexto de la migración calificada ha sido sistemáticamente ignorado en la literatura, porque se ha asumido que este tipo de desplazamiento es exclusivamente masculino y que el papel de las mujeres se reduce al de acompañante (Stevens, 2010). No obstante, estudios como el de Donaldson y Howson (2009) observan que la mujer al emigrar si bien abandona la carrera profesional y el mercado laboral, existe una “reorientación” hacia el cuidado de los miembros de la familia. Los motivos de esta renuncia se encuentran, en parte, en las barreras de género que las inmigrantes experimentan cuando intentan acceder al mercado laboral de la sociedad

receptora. Estas barreras parten de la propia política migratoria restrictiva que cada país conforme a sus intereses particulares.

Con lo anterior, en el presente estudio se analizarán las experiencias migratorias y las prácticas cotidianas de un grupo de mujeres mexicanas que acompañan a sus esposos altamente calificados en el proceso migratorio.

Migración y bienestar: Salud y enfermedad del migrante frente a la sociedad receptora

La OIM en el contexto de la migración contempla el bienestar físico, mental y social de las personas en situación de desplazamiento hacia las sociedades receptoras.

Los patrones de desplazamiento de los individuos hacia el exterior de sus respectivos países tienen impactos en la salud individual y en la salud pública, ya que la habilidad de integración del migrante depende de su salud, a la vez que la misma será el resultado de la nueva interacción social.

En el rubro de “Salud y Movilidad”, la OIM establece que:

Los sistemas de asistencia médica de los países huéspedes, incluyendo salud pública, pueden no reconocer el historial de salud personal y las creencias de salud de los migrantes. Los migrantes traen consigo condiciones sociales, prácticas rituales, factores de riesgo epidemiológico y antecedentes médicos de su país de origen que pueden ser diferentes a los de la comunidad huésped y desconocidos para dicha comunidad. El idioma, la religión y los rituales pueden influir hagan o no uso de los servicios de salud disponibles y cumplan o no con las recomendaciones preventivas de salud y las sociedades huéspedes (...) los migrantes pueden experimentar una “colisión de culturas” dentro de comunidades mixtas que impide el cumplimiento satisfactorio con la salud pública global (...) Tratar la salud de los migrantes proporciona beneficios a las sociedades huéspedes. Los servicios de salud bien manejados incluirán a todos los que viven en la comunidad. La inclusión de los migrantes a los programas de salud facilitarán la integración de los migrantes dentro de las comunidades. La mala salud de los migrantes puede ocasionar un aumento de la discriminación y la

xenofobia debido a que las sociedades huéspedes perciben a los migrantes como portadores de enfermedades infecciosas y como miembros no productivos de la comunidad.

Cuando se habla de salud respecto al fenómeno migratorio, independientemente de la causa por la que el sujeto ha decidido trasladarse a otra comunidad ajena a la propia, es necesario contemplar los diversos niveles de impacto (Haro, 2006) que abarcan desde el individuo migrante, su núcleo doméstico con los integrantes que pueden ser de compañía o que permanecen a la distancia, y en un nivel más amplio, las comunidades de origen y destino.

Los temas de interés respecto a la migración y salud que predominan en el panorama actual a nivel global están relacionados con la salud mental, el estilo de vida como alcoholismo, tabaquismo y actividad física, enfermedades infecciosas como VIH/SIDA, cáncer, riesgos cardiovasculares, nutrición y procesos de aculturación (McKay L. 2003).

Para la salud pública, algunos autores señalan que los migrantes ofrecen una especie de “experimento natural” para poner a prueba hipótesis causales sobre el peso relativo de los factores genéticos, familiares y micro ambiental en la determinación de algún padecimiento efectivo (Frenk et al, 1987).

Para el abordaje y análisis de dichos padecimientos existen determinantes claves en la salud de los migrantes: edad al momento de la migración, tiempo de migración, género, epidemiología del lugar de origen, condiciones de salud en comunidad destino, experiencias traumáticas antes del exilio, estatus socio-económico, competencia lingüística en el destino, similitudes culturales entre origen y destino, nivel educativo, etnicidad, religión, cambios dietéticos, actividad física, estilos/modos de vida, sexualidad, nivel de aculturación, estatus legal en la comunidad huésped, familia y redes sociales en comunidad destino, políticas en torno a los extranjeros, actitudes discriminatorias en la comunidad huésped, acceso a los servicios de salud (Haro, 2006).

Estas determinantes bien pueden articularse con elementos y propuestas teóricas propias de la antropología para poder estudiar a fondo la situación y vivencia del migrante en torno al proceso salud/enfermedad/atención, haciendo

una aproximación desde la perspectiva del sujeto insertado en un contexto particular frente a un problema específico.

Este fenómeno migratorio de los grupos humanos y su intenso proceso de transformación sociocultural acerca de sus saberes y redes de apoyo puede ser visualizado desde la perspectiva del proceso salud/enfermedad/atención aplicado a situaciones o patologías definidas (Mendoza, 2005).

Rico Becerra (2009), al realizar su trabajo con los migrantes ecuatorianos en España, hace énfasis en la utilidad del seguimiento de las carreras curativas de los migrantes para la visibilidad de sus prácticas empleadas en la resolución de sus padecimientos, tomando en cuenta la autoatención, el pluralismo médico y sobre todo aquellas prácticas más alejadas de los circuitos oficiales que configuran el sistema de salud.

Para el caso de China, antropólogos como Xiang Biao (2002) abordan el problema de la salud y la migración como el conjunto de múltiples factores económicos, políticos e institucionales estructurados de tal forma que no contemplan a los migrantes y a los extranjeros en el sistema de atención médica, aunado a la condición de vulnerabilidad del migrante.

Para Rossi (2012) la medicina no se puede pensar como aislada del proceso de la mundialización, ya que la economía y la tecnología la acompañan interactuando de forma dinámica en su desarrollo. En la actualidad, el proceso de flujo internacional de migrantes calificados en relación con la salud contempla un tercer elemento de suma importancia: el empleo de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

La noción de las TIC incluye toda clase de sistemas electrónicos usados para transmisión, telecomunicaciones y comunicaciones mediadas por computadora. También se incluyen los teléfonos celulares análogos, digitales, teléfonos celulares inteligentes que tienen acceso a Internet, videojuegos, aplicaciones de Internet; teléfonos celulares de última generación y televisión interactiva (Benítez, 2011). Para algunos autores, su uso se interpreta como estrategias de adaptación en la sociedad receptora, para comunicación

intrafamiliar, mantenimiento de grupos sociales del país de origen, (Pérez, 2010), o como herramienta neutralizadora de la distancia (Barranquero, 2012).

Las TIC plantean nuevas formas de mirar la salud. Por citar un ejemplo relacionado a este rubro, existe el esfuerzo del Gobierno Mexicano para apoyar al migrante en términos de salud, creando la plataforma e-México.gob para ofrecer información médica, directorio referencial por especialidades ubicadas en la frontera norte del país. Pensando en la mujer migrante, se ha creado el portal mujermigrante.gob.mx, que ofrece un banco de datos referentes a derechos humanos, violencia doméstica, consultas médicas por solicitud escrita, directorio con especialistas, cursos a distancia, foros de chat y enlaces a redes sociales que trabajan la salud con los migrantes como la *Migrant Clinicians Network*.

Migración y familia: Una aproximación a quienes participan dentro del proceso migratorio como acompañantes

La familia

En el último siglo, México ha sufrido modificaciones sociales y económicas que han tenido como consecuencia la transformación en los modelos tradicionales familiares. Para Robichaux (2007) no existe ya un solo modelo familiar, ni un proceso único de transformación. Se han incorporado a los estudios de familia términos como “transición” y “estrategias familiares” para abordar situaciones de cambio, que para efectos de la presente investigación se relacionan en el ámbito de la migración y de la salud.

Martine Segalen (2007) apunta a la observación lamentable de que al estudiar a la familia¹, se deja al campo antropológico la atención exclusiva del

¹ El uso común y universal del término familia no permite dar una definición precisa y única. Se entiende como la más universal de las instituciones sociales, designa a un grupo social constituido por personas vinculadas por la sangre, el matrimonio o la adopción. Caracterizado en una residencia común, cooperación económica, reproducción y cuidado de la descendencia (Etcharren, 2006) Para fines de adecuación, se prefiere abordar a los sujetos desde el concepto familia debido a la base biológica ligada a la procreación y reproducción social. Para Durham (1983) la familia cuenta con los principios de alianza, descendencia y consanguinidad, a diferencia del concepto de Unidad Doméstica,

parentesco, entendido como el conjunto de reglas que organizan la filiación, el matrimonio y la residencia. Es una forma cultural de construir relaciones que atraviesa los diferentes dominios que constituyen la sociedad y la persona (Bestard, 1998). La propuesta de Segalen pretende considerar a la familia y al parentesco como indisociables. Los trabajos clásicos del parentesco se centran en aquellas sociedades campesinas europeas, principalmente francesas e italianas, que permitían delimitar un esqueleto del sistema social para establecer categorías políticas y religiosas, así como las categorías analíticas de nombrar, residir, transmitir y casarse.

Las contribuciones del estudio del parentesco permitieron cimentar a las distintas unidades de la casa o la parentela, siempre considerando la pertinencia del uso de los conceptos al momento de ser aplicados en una determinada sociedad sumergida en un contexto histórico-económico particular. El parentesco pone en perspectiva los símbolos de la modernidad entre el individuo y la sociedad a la vez que la modernidad lo hace con los símbolos del parentesco considerados la naturaleza y la cultura (Bestard, 1998)

En términos de sociedades consideradas por Segalen como “modernas”, se tiene por entendido que se encuentran sumergidas en un ámbito urbano, que en sí misma sufre cambios constantes desde su estructura interna como lo que concierne a espacios y a los individuos. La pertinencia de retomar el estudio del parentesco en estas sociedades parte de los cambios demográficos que demuestran el aumento de la esperanza de vida, ya que para esta autora recompone el cuadro de las relaciones de parentesco. Existe un reforzamiento entre los parientes ascendientes, descendientes y colaterales, considerando a la vez la fragilidad del vínculo conyugal. Este reforzamiento de vínculos va a permitir la continuación de intercambios económicos, afectivos y simbólicos. Si se considera esta unidad social primaria de funcionamiento y los principios de legitimidad en los que se funda, se puede contemplar más allá de la mera célula

entendida como el ámbito social donde los individuos, unidos o no por lazos de parentesco, comparten una residencia y organizan en armonía o conflicto su vida cotidiana (de Oliveira, 1988)

conyugal, así bajo lo anteriormente planteado considero para la presente investigación integrar otras inscripciones sociales como el grupo de amigos, la comunidad extranjera, las instituciones de apoyo como la embajada, la iglesia y algunas escuelas internacionales, los conocidos que conforman una red de viajeros que promueven el intercambio de recursos para las familias migrantes.

Más allá del plano biológico reproductivo humano, la explicitación cultural del parentesco no puede separarse de un análisis de los procesos de cambio en la sociedad contemporánea ni de las nuevas situaciones del contexto actual.

La situación de globalización que actualmente fomenta el proceso migratorio ofrece un panorama interesante para el acercamiento de la mirada antropológica para el análisis de familias migrantes que de forma local se establecen en sociedades receptoras culturalmente diversos en un contexto de modernidad. La imagen cultural de una familia tocada por la migración, de tipo calificada, se puede contemplar como la reducción a nuclear patriarcal pero con una nueva configuración y extensión de redes de parentesco que rebasan las fronteras geopolíticas.

Retomando a Bestard, las nociones de origen, pertenencia y legitimidad son propias de la constelación de ideas del parentesco. El parentesco considerado como receptáculo de una memoria que trasciende al individuo, paradójico entre la tradición colectiva y la racionalización individual. Esta construcción del parentesco llevado a cabo dentro del espacio doméstico involucra para la presente investigación de forma primaria a la madre y al padre migrantes que mediante los nuevos espacios de interacción reproducen y transforman su propia identidad, las prácticas y la forma de relación con las instituciones sociales. Este parentesco cimentado en la institución matrimonial de la pareja de migrantes calificados que conserva en la mayoría de los casos un reconocimiento legal y religioso².

² Desde esta perspectiva entendiendo al matrimonio como una alianza entre cónyuges. Al igual que la familia constituye una forma de agrupación social tan estandarizada en la vida social que determina la existencia de una institución, el matrimonio comporta una forma de unión entre los seres humanos tan marcadamente frecuente que genera, igualmente una institución. (Gómez Pellón 2012)

En este espacio doméstico, el curso de vida de sus integrantes toma características especiales por el reflejo de la trayectoria migratoria por un lado, y el proceso de salud y enfermedad por el otro. Rodolfo Tuirán (2001) la perspectiva del curso de vida toma en cuenta diferentes experiencias individuales, que conforman las trayectorias de vida, que a su vez son interdependientes debido a las relaciones entre los individuos singulares. Los actores que la conforman tienen una dotación de conciencia, capacidad y competencia para el actuar, reproduciendo su curso de vida a partir de sus expectativas y de las oportunidades que experimenta en un contexto histórico y social. Dichos sujetos establecen relaciones de conflicto y negociación para la convivencia, formulación de expectativas, obligaciones y responsabilidades con otros miembros descendientes, ascendientes y colaterales.

Wong y Figueroa (2001) plantean la vida doméstica a los procesos de salud y enfermedad desde la perspectiva de causas y niveles. Determinan que el proceso de salud enfermedad es individual pero se procesa de forma colectiva, partiendo del individuo, familia, hogar, vivienda y comunidad. Las limitaciones sociales de conocimiento, ingreso y costos dependerán de los procesos de socialización familiar. Es aquí cuando la familia dentro del espacio doméstico se analiza como una unidad elemental de producción económica y de consumo de bienes para asegurar el bienestar, incluyendo la salud. Es en este espacio donde los individuos deciden sobre los niveles de salud de cada miembro, utilizan el conocimiento, se movilizan recursos y redes disponibles para lograr el fin.

Miguel Moctezuma (2008) piensa en la reproducción del espacio doméstico en relación con el proceso de migración internacional, a partir de la percepción del migrante se define el espacio como frontera. Indudablemente el proceso de globalización involucra a lo que él llama “elasticidades” de las fronteras nacionales sumadas a un proceso de cambios dentro del rol de género y doméstico. El propone que la familia migrante internacional pasa “de ser unificada a dispersa y de dispersa a reunificada en el origen y en el destino”. Indirectamente su planteamiento supone fuertes sacudidas en la conformación familiar debido a la

separación, ruptura de uno o más de sus integrantes que la abandonan para migrar.

Esto no ocurre para el caso de las familias de migrantes calificados, ya que el estatus legal, las condiciones de traslado respaldadas por las empresas o instituciones solicitantes del trabajador y los recursos económicos disponibles permiten pensar en un proyecto de migración de toda la familia nuclear. Este espacio doméstico se traslada a un nuevo contexto cultural, sin embargo, conserva la estructura conformante de forma original.

Me resulta pertinente considerar dentro del proceso migratorio de las familias calificadas el espacio doméstico y el patrón de residencia pos marital. De acuerdo a los tipos de residencia del “sistema familiar mesoamericano” o el “sistema mesoamericano de formación de grupos domésticos” (Robichaux 2007) la residencia neolocal³ caracteriza al conjunto de familias migratorias residentes de China. Esto se respalda por la decisión de las parejas en relación con las nuevas oportunidades de ingresos principalmente como resultado de la migración (Pauli 2007).

Diversos estudios han mostrado que la migración tiene repercusiones en los roles, relaciones de género y la forma de relación entre sus integrantes. Por citar alguno, Kemper (1977) vincula directamente a la situación migratoria la igualdad y apoyo mutuo en la toma de decisiones entre pareja en los migrantes de Tzintzuntzán a la capital del país. Para Julia Pauli (2007) el estudio de migración en las parejas de Pueblo Nuevo y su residencia neolocal arrojó como resultado la implicación de un menor control sobre la vida de las esposas en comparación con las mujeres que residen de forma virilocal en la misma localidad.

Esta residencia neolocal pensada dentro del contexto de las familias mexicanas migrantes en China tiene la característica particular de no ser pensada prioritariamente en términos de vivienda con un espacio físico bien delimitado.

³ La residencia neo local surge después del matrimonio, que se caracteriza por la conformación de la pareja recién casada que vive separadamente del hogar de origen del esposo y de la esposa. La residencia neolocal y la consecuente estructura familiar nuclear son comunes en sociedades donde la movilidad geográfica y la migración calificada son importantes.

Esta residencia y la forma de la organización del espacio doméstico tienen como base las relaciones familiares, expandidas más allá de un territorio definido.

Llevándolo a un marco extendido, las familias de este estudio pueden pensarse desde los conceptos de comunidades transnacionales, cuyas características parten primeramente de ser residencias establecidas en por lo menos dos sociedades separadas geopolíticamente, consolidando espacios plurilocales y sociales en relación a las redes de fuente de apoyo para la adaptación del cambio, disminución de la vulnerabilidad migratoria, y para autores como Canales y Zolniski (2000) espacios y situaciones de conflicto por relaciones de poder y desigualdad frente al proceso de asimilación en la sociedad receptora.

La familia se construye como una comunidad imaginada, ya que la separación y ausencia cara a cara de los miembros que migran respecto a la familia extensa que permanece en la sociedad de origen da lugar a remodelaciones en la forma de vinculación. Pablo Páscale considera a las familias transnacionales como el resultado de las condiciones macro estructurales de la globalización, las leyes migratorias y el contexto económico. Estas familias disuelven fronteras geopolíticas, y se fundamentan más allá del territorio. Las formas de relación se constituyen por la tensión de la supervivencia y la reunificación. Esta relación transitoria se resuelve mediante el retorno al país de origen, la incorporación de la familia de forma ilegal o la reunificación familiar legal. Para el caso de las familias mexicanas en China, conviene considerar que al ser migrantes calificados la reunificación puede darse de forma rápida sin mayor generación de tensión entre los miembros debido a las facilidades institucionales de transporte y alojamiento, o bien, esta reunificación puede no llegar a suceder en el momento en que toda la familia decide migrar al mismo tiempo.

La mujer como madre migrante

La literatura en torno al papel que desempeña la mujer en el proceso migratorio ha aumentado de forma significativa desde la década de 1980, abriendo el campo de su participación y ofreciendo una nueva mirada para la investigación, más allá de

la esfera predominantemente masculina que había ocupado la mayoría de estos temas. (Stevens, 2010) Autores como Morokvasic (1984) realizó una de las primeras publicaciones sobre las diferentes modalidades de la migración femenina. Por un lado, subraya la incorporación de las inmigrantes a la fuerza laboral de los países de destino. Estas labores se ubican principalmente en el ámbito del trabajo doméstico y el comercio informal (Courtis & Pacecca, 2010). Morokvasic también apunta que los factores no económicos son tan relevantes como los laborales a la hora de entender las causas de la migración de las mujeres.

En este contexto, los estudios de migración han incorporado la perspectiva de Género, no definida como una variable, sino como “una serie de procesos sociales que organizan las pautas migratorias” (Hondagneu, 1994). Desde la perspectiva demográfica, se ha subrayado la incorporación de las mujeres en los flujos migratorios internacionales (Donato, 1992) de tal forma que ha llegado a hablarse de una feminización de las migraciones. (Ortiz, 2007).

Por otro lado, el papel de las mujeres en el contexto de la migración calificada ha sido sistemáticamente ignorado en la literatura, porque se ha asumido que este tipo de desplazamiento es exclusivamente masculino y que el papel de las mujeres se reduce al de acompañante (Ortiz, 2007). No obstante, estudios como el de Donaldson y Howson (2009) observan que la mujer al emigrar si bien abandona la carrera profesional y el mercado laboral, existe una “reorientación” hacia el cuidado de los miembros de la familia. Los motivos de esta renuncia se encuentran, en parte, en las barreras de género que las inmigrantes experimentan cuando intentan acceder al mercado laboral de la sociedad receptora. Estas barreras parten de la propia política migratoria restrictiva que cada país conforme a sus intereses particulares.

Los hijos como acompañantes de la migración

Los varones adultos han sido objeto de la mayoría de los estudios migratorios debido a que históricamente han marcado el puntero por ser el principal grupo de edad dentro del proceso de movilización internacional. Para el caso de la

migración infantil se produce escasa literatura, probablemente debido a que la migración se comprende desde el punto de vista reduccionista y de carácter laboral (CEPAL, UNICEF 2010).

Cuando se piensa en los niños migrantes, el enfoque teórico apunta con gran peso a la problemática de la migración irregular, señalando la vulnerabilidad de la condición de seguridad, crecimiento y desarrollo durante el trayecto y la estancia en la sociedad receptora. Entre las grandes organizaciones como UNICEF, y algunos autores como Norberto I. Liwisky y Santos Villareal (2009) califican a los niños migrantes solos o acompañantes de la familia como potenciales víctimas de violación a sus derechos humanos, que van desde el maltrato, degradación de su estatus ciudadano, explotación sexual, trabajo forzado, abusos por parte de autoridades, deportación o encarcelamiento. Por otro lado, se habla también del gran beneficio que otorgan las nuevas oportunidades de protección a los Derechos Humanos, el mejoramiento en la educación, asistencia médica adecuada y la vivienda digna que ofrece la sociedad receptora.

Las aristas de la migración infantil son múltiples y en ocasiones contradictorias, pero resulta evidente considerar que sin importar el tipo de migración (regular, irregular, nacional, internacional, etc.) el proceso de emigrar afecta tanto a los niños como a los adolescentes de diferentes maneras durante su ciclo de vida. (CEPAL, UNICEF 2010)

Las condiciones legales y las ventajas económicas que ofrece la migración calificada permiten a los padres de familia el traslado de sus hijos del país de origen al nuevo destino con seguridad y tranquilidad. Esto facilita el asentamiento del núcleo familiar de forma completa en la sociedad receptora, y la interacción de cada miembro entre ellos mismos y con cada espacio social al que pertenecen, acorde al género y grupo de edad.

En la obra realizada por Carola y Marcelo Suárez-Orozco sobre la inmigración infantil, la propuesta parte de considerar la escuela como el primer contacto que tiene el niño con el nuevo contexto migratorio. Esto abre las puertas a la posibilidad de relación respecto a la diversidad cultural y la interculturalidad en un espacio determinado, creando así tres tipos de modelos: Asimilación (donde se

abandonan los referentes culturales de su país de origen como por ejemplo, el cultivo del idioma materno), “blanqueamiento” (acción contraria a la asimilación, el niño se opone a la nueva cultura y regresa a la identidad nacional de los migrantes creando un rechazo constante) o resistencia (identidades transculturales o puente, en donde se puede ascender o descender) en relación a la identidad cultural y la forma de vida de los niños migrantes. (Belausteguigoitia, 2003).

Las sociedades receptoras que cuentan con un gran número de migrantes calificados como el caso de Beijing, ofrecen múltiples servicios educativos con estructura y conformación docente de tipo internacional, ampliando con esto el abanico cultural al momento de integrar alumnos procedentes de diversas nacionalidades. Esta apertura permite que los niños interactúen de forma constante y rutinaria con distintos patrones de comportamiento y costumbres.

Durante la década de los cincuentas, la antropóloga Ruth Useem (en Pollok, 1999) realizó investigaciones con grupos parentales estadounidenses residentes de India, cuyos cargos militares, diplomáticos y de misioneros religiosos los convertían en expatriados que interactuaban itinerantemente entre culturas distintas. Para describir mejor este mundo de migrantes particulares, Useem decidió nombrar a la cultura del país de origen de los padres adultos como la “primera cultura”, la cultura del país receptor como la “segunda cultura” y por último, el estilo de vida y costumbres compartidas de toda la comunidad de expatriados fue considerada como cultura intersticial, “cultura entre culturas” o tercera cultura. De esta forma, la autora llamó a los niños migrantes que crecieron inmersos en esta cultura intersticial como Niños de la Tercera Cultura, NTC (*Third culture kids, TCK*):

“Aquellos niños cuyos padres trabajan en el extranjero para vivir.” (Useem, 1960)

“Los niños quienes acompañan a sus padres en otra cultura.” (Useem, 1970).

Más adelante, tras el aumento del movimiento migratorio internacional por parte de los estadounidenses a lo largo y ancho del planeta debido al crecimiento y expansión de empresas multinacionales, surgió la tendencia por establecer más de un concepto para poder designar a las nuevas situaciones de los niños dentro

de contextos culturales distintos⁴. Posteriormente, el concepto de NTC propuesto inicialmente por Useem fue retomado por Pollock y Reken; definiendo al niño de la tercera cultura como:

“Una persona quien ha pasado gran parte de sus años de desarrollo fuera de la cultura de sus padres. Los NTC construyen relaciones de todas las culturas, sin tener la plena propiedad de alguna. Aunque los elementos de cada cultura son asimilados en la experiencia de vida de los NTC el sentido de pertenencia es en relación a otros con un antecedente similar.”(Pollock y Van Reken, 1999)

Estos autores realizaron la propuesta de caracterizar al niño que habita en una cultura intersticial señalando lo siguiente: Se distinguen por una vida de alta movilidad internacional, donde viajar se convierte en un hábito cotidiano. Esta movilidad se realiza mediante un privilegiado estilo de vida, ya que la condición socio-económica que ofrecen las compañías o instituciones laborales otorgan mayores beneficios que en el país de origen, (por ejemplo: vivienda en zona residencial, cobertura de costos de colegiaturas, choferes, personal de servicio, viajes, etc.) Socialmente son mucho más hábiles para reconocer y aceptar patrones de conducta distintos a los suyos, establecen relaciones rápidamente y conviven con mayor facilidad con niños de condiciones semejantes sin importar nacionalidad. Se adaptan con mayor facilidad a los nuevos entornos, hablan en promedio 3 o 4 idiomas, pudiendo expresar sentimientos y pensamientos en más de uno. A futuro, se convertirán en profesionistas por la trayectoria educativa y de alta competitividad, generalmente siguiendo la vida de expatriado.

⁴ Ruth V Reken estableció el concepto de “*Cross-cultural Kid*” para referirse a la persona que vive, vivió o interactuó de forma significativa con dos o más ambientes culturales diversos por algún periodo significativo de tiempo durante la infancia, y que a diferencia de los NTC (cuyos padres son generalmente diplomáticos, militares o misioneros) en este concepto se incluyen niños adoptados, refugiados e inmigrantes ilegales, todos ellos pertenecientes a situaciones que Ruth Useem no contempló durante su aportación teórica. Aunque se reconoce esta diversidad de términos respecto a los niños que crecen en varias culturas, la elección del concepto Niños de la Tercera Cultura para esta investigación resulta pertinente, por un lado porque se ajusta al perfil de los padres migrantes calificados quienes desarrollan actividades dentro de la embajada mexicana como diplomáticos y altos puestos gerenciales dentro de empresas transnacionales, y debido a que se trabajará con niños, lo que resulta en un periodo de tiempo bien definido dentro del ciclo de vida de los hijos migrantes.

Estas son características que se atribuyen generalmente a los NTC, pero Pollok y Van Reken puntualizan que no se deben ser concebidos como un estereotipo. De igual forma, consideran importante evaluar algunos retos, y el primero es acerca del sentido de pertenencia del niño y su identidad cultural. En algunos casos, existe la dificultad del compromiso con las personas, los lugares, las escuelas o sistemas escolares cuando cambian constantemente. Los NTC pueden sentirse diferentes e incomprendidos por los demás, sobre todo cuando la familia retorna al país de origen de los padres. Otro reto es el de sentirse *Powerless* - Una sensación de que no tienen ningún control sobre los acontecimientos y que éstos a menudo se salen de control debido a la inevitabilidad de la mudanza.

La habilidad que desarrollan los niños inmersos en culturas intersticiales, permite a su vez ser el puente para que los padres se vinculen de forma más fácil con la sociedad receptora.

2.6.2. La madre como curadora no profesional de la salud familiar migrante

La mujer mexicana como madre migrante acompañante del jefe de familia trabajador calificado que se establece en Beijing es el personaje central de esta investigación. En la mayoría de las culturas el rol de la mujer como madre cuenta como un miembro importante de la familia, es quien procrea la descendencia, la que nutre en todos los aspectos y quien procura bienestar. Ella se inserta activamente en lo que para Paulo (1994) denomina al grupo familiar: un conjunto de personas vinculadas por parentesco o no, que comparten en común una residencia, los gastos y su alimentación y su reproducción. Los grupos familiares de cada una de las madres participantes de este estudio, cuentan con características particulares: Nivel socioeconómico medio a alto, ambos padres con preparación académica de nivel medio superior, pero sobre todo, los caracteriza la búsqueda voluntaria de su bienestar más allá de México, convirtiéndose así en migrantes altamente calificados establecidos en la capital de China.

Estrategias para el cuidado de la salud y enfermedad

Al indicar que la madre funge como cuidadora familiar, es importante partir de la noción de estrategia como un elemento para definir las conductas consecuentes a partir del surgimiento de un problema, específicamente aquellos relacionados con la salud.

La palabra “strategie” de raíces terminológicas griegas significa el arte o ciencia de ser general. Inicialmente fue utilizado para cuestiones bélicas y de defensa militar, pero con el paso del tiempo se ha ido empleando en otras áreas para denotar organización y alcance de metas. Respecto a la salud, autores como Cervantes Rangel (2006) hace referencia a los Organismos Internacionales como la OMS en la adecuación del término pensándolo de forma operativa: Es la combinación de los recursos para el alcance óptimo de objetivos planteados relacionados a la salud pública. Hasta el momento actual, el campo médico no ha considerado el uso de este término en relación al sujeto individual y social frente a su propio proceso de salud y enfermedad.

Por otro lado, Mintzberg (1993), parte de diversificar este término, siendo contemplado como un plan para abordar una situación específica, ya sea premeditada o emergente. La estrategia puede ser una pauta de acción como conducta, un patrón visto como coherencia de una acción realizada en el pasado, posición como identificación de la organización dentro del entorno en que se mueve, y perspectiva relacionada a la organización con su entorno, que la lleva a adoptar determinados cursos de acción. La estrategia representa a nivel abstracto una construcción de viabilidad frente a una situación determinada que requiera de fuerza para ser solventada (Fontana, 2005).

Desde el campo de las ciencias sociales, frente a la situación del cambio económico y la pobreza en relación a la dinámica familiar durante la década de los años setentas, autores latinoamericanos como Duque y Pastrana (1973) formularon conceptos como “estrategias de sobrevivencia” para referirse a los esfuerzos desplegados por las familias chilenas de escasos recursos para asegurar su propia sobrevivencia. Más adelante, Susana Torrado (1981) replanteó la teoría inicial del concepto llevándolo a la reformulación de “estrategias familiares

de vida” para aplicarlo más allá del sector poblacional marginado y poder con esto abrir el abanico de opciones con las que cuentan las familias en relación a sus recursos, tratando de involucrar a los individuos y la complejidad de sus relaciones.

La madre y esposa migrante es un actor social capaz de realizar modificaciones estructurales respecto a su estilo y proyecto de vida, utilizando los recursos existentes para adaptarse a la sociedad receptora (Stevens, 2010). Haciendo referencia a algunos de los conceptos propuestos por Pierre Bourdieu (en Stevens, 2010), Las madres mexicanas arriban a China con un determinado capital: cultural, social, económico y simbólico, previamente determinado por el país de origen y las subsecuentes trayectorias migratorias que van moldeando la historia de vida de cada familia mexicana.

Stevens (2010) señala elementos propios de la familia, así como aquellos relacionados con la migración para determinar los contenidos de cada capital. Al cultural lo integran los conocimientos profesionales, títulos académicos, el dominio de uno o más idiomas, así como por las experiencias internacionales de adaptación. El social está compuesto por las relaciones intrafamiliares, las redes de apoyo social, tanto en el país de origen como en el receptor y las capacidades adquiridas para generar nuevos y mayores grupos de apoyo a través de la socialización. El económico está integrado por los recursos materiales de los que se dispone para instalarse en el lugar de destino, así como los ingresos económicos. Por último, el capital simbólico lo constituye la presencia física, el acento al hablar la lengua adquirida y la identidad de inmigrante.

Al establecerse en la sociedad receptora, todos los migrantes, no importando sus antecedentes, experimentarán en mayor o menor medida el llamado “shock cultural” o “estrés aculturativo”. (Oberg, 1960). El proceso de adaptación a la sociedad receptora implica el empleo de todos los tipos de capital, de la manera en que los inmigrantes manipulen los recursos con los que cuentan dependerá su adaptación a la sociedad receptora.

La madre frente a la enfermedad y las prácticas médicas

Desde la perspectiva antropológica, la madre ha sido abordada como un sujeto activo dentro de su unidad doméstica, en lo que respecta al cuidado de la salud, es vista como un curador no profesional con predominancia preferente en sus hijos, quienes se encuentran en proceso de desarrollo psico afectivo y fisiológico en las primeras etapas de su vida, carentes de autosuficiencia y biológicamente con mayor predominio a la vulnerabilidad ambiental para contraer enfermedades (Fitzpatrick, 1989). Esta consciencia de vulnerabilidad hace impacto en la madre quien se convierte a través de conocimiento y experiencia en la actriz principal del proceso salud enfermedad atención.

Módena (1990) y Osorio(2001) establecen la importancia que tiene el rol de la madre de familia al asumir de manera directa la responsabilidad de las prácticas de atención a la salud y la enfermedad, la articulación de los distintos recursos, prácticas y conocimientos médicos para la atención de un problema de salud en los miembros del hogar, en particular la salud de los hijos menores de cinco años.

Estas prácticas de atención de la madre en su familia en el proceso salud-enfermedad-atención parten inicialmente de un primer paso fundamental: El saber reconocer el estado de salud de sus miembros de familia en comparación con la identificación de un padecimiento.

Para comprender el concepto de salud dentro del enfoque social no basta con la definición elaborada por la Organización Mundial de la Salud que señala "Un estado integral de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia" (OMS 1975), ya que a lo largo de la producción científica social en el campo de la salud, este concepto resulta cuestionado por tener una visión idealista, estática, universalista e histórica (Peña, 2012) siendo motivo de amplias consideraciones y posturas conceptuales. Vargas y Casillas (citados por Peña, 2012) realizaron una integración paulatina del concepto, siendo la salud una categoría residual o ausencia de malestar o enfermedad, una utopía dinámica de bienestar para el desarrollo personal, una normalidad estadística en términos de la mayoría humana y por último, la salud como un polo del continuo bipolar, donde la muerte es la negación absoluta de la salud y mientras se vive, existe salud.

Dentro del enfoque socio cultural, la visión del padecimiento difiere del concepto de enfermedad, ya que este segundo término se comprende desde la biomedicina como una disfunción de base orgánica fisiopatológica, enmarcada por el abordaje que realiza la salud pública y la epidemiología (Peña, 2012).

La enfermedad por sí misma abarca una expresión obligadamente biológica, siendo por tanto las ciencias médicas quienes den forma y fondo al concepto. Se concibe como un estado patológico-anormal del cuerpo, en su campo anatómico o fisiológico, expresando con ello datos subjetivos (síntomas) u objetivos (signos) susceptibles de medición, clasificación y abordaje por parte de la ciencia médica dentro del campo biomédico. (Kleinman, 1988)

El padecimiento es propuesto por Vargas y Casillas (citados por Peña, 2012) como: La forma personal en la que el individuo vive su problema de salud (...) y se basa en tres grandes características de cada ser humano: la naturaleza biológica del individuo o terreno, su biografía personal con un sentido integral y las relaciones de la persona con su ambiente.

El trabajo realizado por H. Fábrega (1979) retoma especial importancia en relación con el illness o padecer dentro del quehacer materno en torno al cuidado de la salud de la familia. Considerando su definición en La etnografía del padecer como: “El conjunto de acciones y preocupaciones de una persona que se pueden ligar a su propia percepción de estar enfermo, en un estado de deterioro médico de bienestar”.

El padecimiento es visto como una realidad social condicionada por el sistema grupal de símbolos sociales, constituyendo patrones de formas de enfrentamiento y adaptación a un nuevo entorno. Esto permite contemplar la forma en que las madres precisamente elaboran las estrategias para resolver los problemas de salud.

Para Kleinman (1988) el padecimiento es definido como la vía por la cual el paciente percibe, expresa y contiene el proceso de no estar sano; es una construcción de experiencia psicosocial, desde el ámbito subjetivo, considerando que no todo es enfermedad (biológica) en la aflicción corporal experimentada. Este concepto de padecimiento propuesto por Kleinman forma parte de los “modelos

explicativos”, que incorporan el discurso del sujeto enfermo sobre la experiencia de estar enfermo. Este discurso se elabora a partir de una serie de relaciones sociales entre los actores del proceso enfermedad-atención, específicamente entre los pacientes, los familiares o personas cercanas al paciente y los médicos o profesionales de la salud, que no siempre estarán de acuerdo con el modelo explicativo que adopta el paciente o los familiares de éste frente al padecimiento presentado. Estos modelos explicativos se generan e interactúan dentro de un contexto cultural que brinda los referentes de explicación a ambos actores, pudiendo incluir la organización social, la economía, la religión y la ideología dominante.

Estos modelos proveen explicaciones para diversos aspectos de la enfermedad: Etiología o la causa de la aflicción corporal, momento de aparición y las características de cada una de las manifestaciones evidentes o referencias sensitivas, el proceso fisiológico implicado en el desarrollo de la enfermedad, el grado de gravedad de dicha enfermedad y finalmente, el tratamiento para curar la condición de aflicción corporal. Integran los conceptos de enfermedad (disease) haciendo referencia al modelo biológico, aquello relacionado con la manifestación corporal del padecimiento desde el plano biológico, el padecer (illness) como una categoría que incorpora la experiencia subjetiva del sujeto enfermo y por último, el malestar (sickness) se considera como el producto de la relación de los dos anteriores (malestar es igual a enfermedad sumado al padecimiento), enfatizando la importancia del padecer en su connotación social y cultural. Según el autor, el malestar requiere de la participación del discurso médico profesional para su dinámica construcción y reinterpretación.

La madre como curadora no profesional cuenta con recursos personales de información y de conocimiento en torno a los cuidados infantiles durante el proceso salud enfermedad atención. Para ello las representaciones sociales sirven de constructo teórico que permite entender estos procesos de constitución del pensamiento social y cómo son los significados construidos por la sociedad (Hebe, 2005). Abarca los saberes de un grupo específico sobre la realidad. Para Jodelet (1984), “las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento

práctico orientados hacia la comunicación, comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. (...)

En términos de salud, de forma ligada a las representaciones, las prácticas conforman el conjunto de saberes. Para Osorio (2009) se refieren a las “formas de atender los padecimientos”, las acciones que en la realidad se ejecutan en lo cotidiano a partir de las representaciones de cada actor. Son conductas reguladoras y evaluativas, donde existe el predominio y el descarte de recursos de atención con base en la eficacia de éstos en torno a la resolución de un problema de salud.

El proceso salud-enfermedad-atención que vive la mujer madre de familia como curadora no profesional de la salud frente a un padecimiento, se articula entonces con el modelo explicativo de la enfermedad, interactúa con el modelo explicativo de su familia y del médico quien atiende el problema de salud, primeramente en un contexto cultural conocido como el caso del sistema de salud en México y después, estos modelos explicativos se desarrollan en el proceso migratorio de vivir en China. Dentro de estos dos países en donde se llevan a cabo los modelos explicativos y el proceso salud-enfermedad-atención se debe comprender cómo se estructuran los modelos médicos dentro del sistema de salud.

Por “modelo médico” se comprende un instrumento metodológico propuesto por Eduardo Menéndez (1983) a través de determinados rasgos estructurales cuyo valor es básicamente heurístico. Este modelo médico permite entender y explicar una realidad determinada, de la elaboración del dato empírico a la construcción de un patrón. Los tres modelos básicos reconocidos por Menéndez son: el modelo médico hegemónico, el modelo alternativo subordinado y el modelo médico basado en la auto atención. Se considera que el trabajo con las madres de familia es un campo privilegiado para el análisis de la interrelación de los modelos médicos, ya que las prácticas y representaciones reflejan las características del modelo de auto atención interactuando con el modelo médico hegemónico y el alternativo subordinado en el nuevo país de residencia de estas madres de familia mexicanas migrantes.

El proyecto de investigación toma como uno de los puntos centrales de estudio el modelo médico basado en la auto atención, al estudiar a las madres como curadoras no profesionales que ejercen las prácticas de atención a la salud en un contexto cultural de recursos terapéuticos distintos de su país de origen por su situación de migrantes.

La OMS define la auto atención como: “Lo que las personas hacen por sí mismas para mantener, preservar su salud y las acciones encaminadas para prevenir y curar las enfermedades”. El modelo de atención basado en auto atención de Menéndez (1983) se define como aquel llevado a cabo por la propia persona o personas inmediatas de su grupo parental o comunal, y en el cuál no actúa directamente un curador profesional. Es un modelo estructural de toda sociedad suponiendo el primer nivel real de atención, cuyas características básicas son: La eficacia pragmática, la concepción de la salud como bien de uso y tendencia a percibir la enfermedad como mercancía, estructuración de una participación simétrica y homogeneizante, la legitimidad grupal y comunal, su concepción basada en la experiencia personal, la tendencia a la apropiación tradicional de las prácticas médicas, su tendencia sintetizadora y por último, la tendencia de la auto atención a asumir la subordinación respecto de los otros dos modelos médicos.

Mecanismos de atención materna frente a los problemas de salud

Dentro de la familia, cuando surge un problema de salud es necesario su solución, con la finalidad de proteger el bienestar y desarrollo de cada uno de sus integrantes. Al momento de atender el problema, la madre de familia inicia con la identificación, origen y comportamiento del padecimiento en sus hijos, para así evaluar con qué recursos para la atención puede intervenir.

Peña (2012) define a los recursos para la salud como aquellas ofertas que brinda tanto el gobierno como la sociedad para sanar, mejorar o prevenir los padecimientos y enfermedades de los individuos. Entre estos recursos se encuentran los de tipo doméstico, la automedicación, la asistencia social, los tradicionales, curanderiles, alternativos, los sincrético-religiosos y médico-

científicos. Estos recursos son elegidos según el mecanismo de atención que sea articulado por la madre de familia en un lugar y momento particulares.

Este mecanismo de atención propuesto por Peña (2012) se comprende como una ruta crítica operativa que permite la interacción de los diversos recursos para la salud en un lapso de tiempo, que puede abarcar entre uno o siete días, e inclusive un mayor rango de tiempo si se trata de situaciones críticas. Esta interacción genera una retroalimentación y una multi direccionalidad de la atención frente al problema de salud, obedeciendo a un contexto definido, la situación entre la enfermedad y quienes rodean al paciente, la gravedad del problema, la experiencia previa que se tenga respecto a la enfermedad y la oferta y acceso a los sistemas de atención. Todo esto da como resultado un mecanismo de atención único y particular para cada episodio de enfermedad dentro de la historia familiar.

Al momento en que la madre de familia migrante se enfrenta la enfermedad de su hijo, aceptará la existencia de un problema de salud que requiere ser atendido. Mediante la observación del comportamiento sintomático y evolutivo, la madre intervendrá con tratamientos no profesionales, siendo el doméstico y el familiar los primeros recursos en ser empleados para el problema. Cuando existe alivio del paciente, en este caso el hijo, la mejoría de los síntomas y de los signos se comprenden como la curación de la enfermedad y el mecanismo de atención se termina. En cambio, cuando persiste el problema, se busca un especialista derivado de lo observado por la madre, contemplando todos los disponibles: curanderos, brujos, sobanderos, hueseros, enfermeras, promotores, farmacéuticos, médicos, médicos homeópatas, quiroprácticos, acupunturistas, herbolarios, ayurvédicos, naturistas, etc. Una vez que el especialista diagnostica o determina una entidad patológica particular, se establece un nuevo tratamiento, pretendiendo con esto un alivio y mejora del paciente. Si el hijo presenta la curación, se da por terminado el mecanismo de atención, pero si el problema persiste, la madre acudirá a las instituciones o servicios de salud (públicos o privados del primero, segundo o tercer nivel de atención) que ofrezcan los recursos médicos-científicos necesarios para obtener el alivio y mejora del problema. Si el problema persiste, entonces de nueva cuenta se busca un

especialista en relación con el problema, reelaborando nuevas trayectorias de búsqueda de atención terapéutica, empleando los recursos e información que se encuentre disponible.

Todo este mecanismo dará como resultado, una serie de decisiones basadas en las prácticas y representaciones de la madre que sentarán las bases de una experiencia concreta para cada episodio de enfermedad que se presente a lo largo de la vida de su hijo.

2.6.3. Sistema de atención a la salud y relación médico- paciente en el contexto migratorio

Sobre la relación médico y paciente migrante

La relación médico-paciente (RMP) se define un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos de los encuentros clínicos. El proceso de la RMP tiene a su vez un papel de mediador entre los recursos sanitarios y el restablecimiento de la salud o la favorable evolución del padecimiento. Para F. Maglio (2008) este proceso tiene tres características: empatía, aceptación y veracidad. Bohórquez (2004) menciona que para el logro de una RMP humana se considera la inclusión de al menos: libertad de elección (autonomía), competencia profesional (idoneidad), buena comunicación (diálogo), compasión (empatía), estabilidad de la relación (continuidad) y ausencia conflictos de interés (especialmente económicos).

La RMP está descrita por Rodríguez (1967) como una colectividad. El paciente es un participante activo que trabaja en conjunto con el médico para alcanzar el objetivo común de la terapia. La clásica “relación médico paciente” debe ser considerada entonces como la colectividad mínima relevante. Es la solidaridad de esta colectividad lo que constituye la base de una “confianza” mutua entre médico y paciente (...) visto desde esta perspectiva, la contribución del paciente se vuelve inmediatamente muy significativa (...) no un consumidor sino un “productor” de los servicios de salud.

Sin embargo, existen numerosos factores que han propiciado una neutralidad emotiva por parte del médico hacia el paciente llevando esta relación

únicamente a los temas concernientes al cuerpo, a la sintomatología y a la fisiopatología, dejando a un lado la historia personal y desestimando el entorno donde vive y se desarrolla el sujeto. Entre estos factores se encuentran: la dinámica económica donde las condiciones contractuales deplorables permiten que las bonificaciones e ingresos extras deriven en explotación del enfermo, la sobrecarga institucional de trabajo que limita el tiempo de la consulta, la formación galénica promotora del universalismo y reduccionismo biológico y el modelo de sistema médico donde el prestador de servicios funciona como controlador social del enfermo siendo el único actor que permite el acceso a la información y a las habilidades técnicas para la salud y curación.

Para Waitzkin (1981) este control de la información fortalece la estratificación en la relación médico paciente, pero sobre todo cuando existen diferencias culturales y de clase social. Los médicos al utilizar un código elaborado (un amplio campo de alternativas sintácticas de difícil predicción que una persona utiliza al hablar para organizar sus ideas en un lapso representativo) esperan que la intención del paciente sea expresada verbalmente, y de ahí que no proporcionen la información cuando estos no la demandan de esa manera (Bohórquez, 2004).

Este encuentro de dos personajes en un ambiente de diferencia implica una interacción comunicativa limitada que además de ser un intercambio de información determinadamente biológica se constituye una interacción deficiente y poco satisfactoria.

La comunicación humana permite el conocimiento del otro, del mundo, y especialmente de uno mismo (...). El diálogo es una interacción creativa en el curso de la cual surgen emociones, pensamientos y se generan nuevas actitudes, que pueden determinar cambios significativos en las persona y en el caso de la atención médica, influir trascendentalmente sobre el estado de salud (Bohórquez, 2004).

La RMP es de carácter relacional, para lo cual se requiere que esta comunicación entre receptor y emisor del mensaje comprenda y comparta un mismo sistema de códigos lingüísticos, idioma, gestos, señales corporales y

expresión. De igual forma lleva la impronta de un contexto social específico en un momento histórico determinado donde esta relación se desarrolla.

Para autores como Winkelman (2001), tanto los pacientes como los proveedores de salud necesitan el conocimiento de la implicación de la cultura en torno a la salud, ya que ésta es la base de las preocupaciones, motivaciones y prácticas de la salud. El mejoramiento del cuidado a la salud requiere de la atención a la diversidad cultural respecto a las condiciones, creencias, prácticas y acciones de la enfermedad.

Lo anterior lleva a la observación siguiente: de acuerdo con la cultura de cada sociedad y su forma de organización, el hombre ha elaborado diferentes conceptos sobre salud, enfermedad, forma de aliviarla, acciones para su prevención y fomento de la salud (Moreno, 2001).

Para la antropología médica en México, la interculturalidad fue contemplada inicialmente por autores como Manuel Gamio, Moisés Sáenz, Julio de la Fuente y Aguirre Beltrán, al momento de abrir brecha con los trabajos de investigación que contemplaban a los grupos indígenas del país en relación con el sistema nacional de salud.

Actualmente, existen múltiples posturas en torno a la definición de interculturalidad. Retomando una definición general optimista, que a la vez es promovida por organismos oficiales e internacionales de salud, se contempla a la interculturalidad como la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes (Alarcón, 2003, Ramírez, 2008).

Diversos trabajos nacionales y a nivel internacional sobre el proceso de interculturalidad en salud, enfocándose con mayor fuerza en el encuentro entre indígena-terapeuta. Uno de los investigadores que retoman a profundidad el concepto es Campos (2001), quien propone las características de este encuentro:

a) Del reconocimiento y aceptación del "otro" diferente a la persona, comunidad, cultura. Es la admisión de la alteridad y la diferencia cultural. b) Una gran flexibilidad ideológica para tratar de no imponer a priori el propio sistema de

pensamiento. c) La construcción de un diálogo respetuoso y paciente para lograr el entendimiento y la comprensión de la forma de pensar, decir y hacer del “otro”. d) De una aproximación mínima sobre el conocimiento de la cultura del otro (desde su mismo lenguaje étnico hasta su particular expresión corporal).

Así como existen las características del encuentro, se encuentran también barreras que obstaculizan o empobrecen dicha interacción (Helman,1994). Entre ellas, Almaguer (2009) contempla como tales: La estructura misma de los servicios, que debido a su forma de organización directiva existe el ejercicio de poder sobre los usuarios pasivos. El espacio de salud, que no contempla el confort del usuario acorde a sus usos y costumbres, por ejemplo en el diseño del mobiliario, la dieta adecuada a la región, falta de un espacio destinado para el hospedaje de los acompañantes del enfermo; y la carencia de un lugar adecuado para la paz espiritual. Sobre el personal de salud, las barreras existentes se relacionan con la capacidad y habilidad de la comunicación y comprensión de códigos culturales de los usuarios, manejo de prejuicios, relación de género y manejo de idioma. Por último, en los consultantes o usuarios se encuentran aquellas barreras relacionadas con la propia percepción de la salud y la enfermedad, el conocimiento y la conciencia de derechos, su ubicación social, las experiencias negativas con el personal de los servicios de salud, el idioma o la lengua, y la capacidad de comprensión de los códigos culturales del personal prestador de servicios de salud.

Resulta importante señalar que los profesionales o prestadores de servicios de salud, podrían atesorar al menos dos culturas frente al usuario: Su cultura de origen, de donde adquieren valores éticos, normas de conducta, concepciones religiosas y patrones de comportamiento cotidianos. Y la segunda, la cultura profesional médica adquirida durante la formación universitaria, que incluye la transmisión de información y modelos a seguir dentro de las aulas, y posteriormente, su rol dentro del ambiente hospitalario (Byron,1994; Girón & Beviá,2002). Esto se relaciona con lo propuesto por Menéndez (2000) quien ha identificado las resistencias biomédicas por parte de personal médico, técnico y voluntario, ya que el sistema de salud tiene a realizar intervenciones mediante el

uso de los factores culturales. Con esto se refuerza que la identidad de la biomedicina se construyó a partir de la oposición de la ciencia versus la cultura, (Campos, 2012) para comprender a la ciencia médica como la superación de la cultura ignorante, supersticiosa y subjetiva. Otros autores como Zolla (2012) y Peña (2012) explican que la interculturalidad lejos de ser una propuesta idealista positiva, es una realidad que resulta dentro de la práctica clínica como una relación asimétrica y conflictiva entre prestadores de servicios y usuarios, basada en relaciones de poder y control del médico sobre el cuerpo y la toma de decisiones del paciente pasivo, obedeciendo con esto a la dinámica característica del modelo biomédico hegemónico (Menéndez, 1982; Foucault, 1963). Para fines de esta investigación, contemplar la perspectiva intercultural puede servir para tomar una conciencia crítica y reflexiva sobre la dificultad y complejidad de las relaciones y tratos del paciente migrante con un médico ajeno a su nacionalidad, lenguaje y representaciones respecto a la salud. Una segunda propuesta para retomar la interculturalidad en el espacio de salud de esta investigación es la búsqueda de otros actores que aunque de forma secundaria pero no menos importante estén relacionados a la atención médica dentro de la institución. En este caso, las madres mexicanas tienen su encuentro clínico con los servicios y recursos de salud multiculturales, por tratarse de médicos chinos y de variadas nacionalidades, en donde sus valores, prácticas y el propio contexto se encuentran guiando las conductas y comunicación de ambas partes, en una situación donde interfieren a su vez las prioridades y protocolos del médico y la institución que otorga el servicio de salud, con su particular lógica sociocultural y posición en el campo de las relaciones de poder a nivel micro.

Breve descripción del sistema de salud en México

Contexto

México cuenta con una población de más de cien millones de personas que dependiendo de su perfil geográfico, socio económico, etario y cultural, requieren de servicios y atención médica adecuados. Las proyecciones demográficas para 2030 estimaban una población de más de 120 millones de mexicanos, pero en la

actualidad, esa cifra ha sido ya alcanzada, mostrando con ello los procesos de cambio en cuanto a descenso de mortalidad y aumento de la esperanza de vida en el país. A continuación y a manera de contextualizar a México en cuanto a indicadores básicos en materia de salud, se muestran los datos más relevantes obtenidos por la Organización Mundial de la Salud:

Datos estadísticos de México

Población total (2013)	122,332,000
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2012)	73/79
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nac. vivos 0)	no disponible
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2012)	177/90
Gasto total en salud por habitante (\$ int, 2012)	1,062
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2012)	6.2

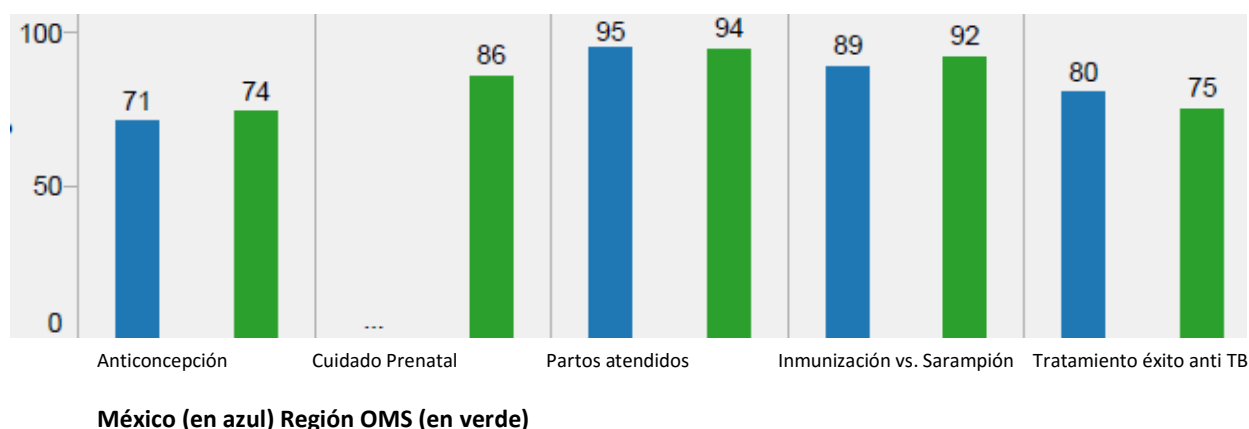
FUENTE: OMS, <http://www.who.int/countries/mex/es/>.

Distribución de causas de muerte en niños menores de cinco años, año 2013

Causas	Porcentaje del total
Anormalidades congénitas	25%
Otras causas	23%
Prematuridad	18%
Infecciones respiratorias agudas	11%
Heridas / lesiones	7%
Sepsis Neonatal	6%
Asfixia Neonatal	6%
Diarrea	3%
HIV/SIDA	<1%
Malaria	0
Sarampión	0

FUENTE: OMS, <http://www.who.int/countries/mex/es/>.

Porcentaje de uso de los servicios de salud, año 2007



FUENTE: OMS, <http://www.who.int/countries/mex/es>.

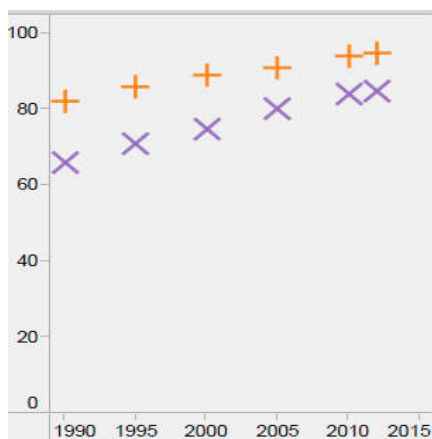
Diez principales causas de muerte en México, año 2012

La Diabetes Mellitus encabezó la principal causa de muerte en mexicanos, ocasionando más de 87 mil muertes en el año 2012.

Causa	Cambios en el rango 2000-2012
Diabetes Mellitus (14.5%)	Sin cambios
Enfermedades isquémicas del corazón (12.6%)	Sin cambios
Enfermedad vascular cerebral/infarto cerebral (5.5%)	Sin cambios
Violencia interpersonal (5.4%)	Aumento
Cirrosis hepática (4.1%)	Disminuye
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (3.8%)	Sin cambios
Infecciones respiratorias del tracto inferior (3.4%)	Disminuye
Enfermedad hipertensiva (3.4%)	Aumento
Accidentes (2.5%)	Disminuye
Enfermedades renales (2.3%)	Aumento

FUENTE: OMS, <http://www.who.int/countries/mex/es>.

Porcentaje de población con servicios de agua potable y drenaje 1990-2015



- + Mejoras en el sistema de agua potable
- x Mejoras en el sistema de drenaje

FUENTE: OMS, <http://www.who.int/countries/mex/es>.

Organización

Lo anterior se vincula de manera directa con el sistema de salud, conformado principalmente por dos sectores, el público y el sector privado. Estos sectores dividen a la población con base en características económicas para poder tener acceso a los servicios médicos: trabajadores asalariados, jubilados y las familias de éstos; auto empleados, trabajadores del sector informal y la población con capacidad de pago. Dentro de la práctica, esta división carece de rigidez, ya que la población puede hacer uso de uno o de ambos sistemas dependiendo de la trayectoria de atención de su enfermedad y de los recursos con los que el paciente cuente en ese momento.

Referente al sector público, México cuenta con nueve instituciones que ofrecen servicios de atención médica a dos sectores específicos de población: Población trabajadora de la economía formal y población que carece de seguridad social.

A continuación se enlistan los nombres de las instituciones que otorgan servicios médicos y de seguridad social:

1. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
2. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
3. Petróleos Mexicanos (PEMEX)
4. Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)
5. Secretaría de Marina (SEMAR)

6. Seguro Popular de Salud (SPS)

7. Secretaría de Salud (SSa)

8. Servicios Estatales de Salud

9. Programa IMSS-Prospera

El sistema de salud se encuentra administrado por tres diferentes instancias: Hospitales, instituciones públicas y centros primarios de atención. A continuación se muestra la infraestructura con la que contaba México para el año 2007, sin contar los consultorios médicos particulares o instancias privadas de primer nivel de atención:

Hospitales y centros primarios que otorgan servicios de salud a la población mexicana (2007)

Número total de hospitales	4,354
a) Hospitales Generales o Públicos	a) 1,182
- Hospitales que atienden a población sin seguridad social	- 718
- Hospitales que atienden a población con seguridad social	-464
b) Hospitales Privados	b) 3,172
Número total de centros primarios de atención	19,504

FUENTE: Salud Pública de México, 2011.

Niveles de Atención y Complejidad

Los niveles de atención son comprendidos como la forma estratificada de organización de los recursos para satisfacer las necesidades de la población (Vignolo, 2011), ya que las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios sino con base en los problemas de salud para ser resueltos. En México, a raíz de los esfuerzos tras la conferencia de Alma Ata se fortalecieron las unidades médicas de primer nivel de atención, incorporando además de la biomedicina, el fomento a las actividades de auto cuidado personal así como las actividades en promoción a la salud comunitaria.

México cuenta con segundo y tercer niveles de atención respectivamente, aquellas encargadas de atender las patologías de menor prevalencia donde

intervienen médicos y personal de salud con áreas de experiencia en cada una de las especialidades y sub especialidades que conforman la biomedicina en Occidente. Dichos niveles se encuentran también divididos por la conformación de los sectores público y privado, haciendo que los usuarios con seguridad social puedan a su vez tener acceso tanto a las instituciones de seguridad social como a las privadas, siempre y cuando cuenten con la capacidad de pago. Esto no aplica para los pacientes carentes de seguridad social, quienes se encuentran con la necesidad de hacer uso de recursos privados o de instituciones asistenciales.

Los niveles de complejidad, son comprendidos mediante el uso de procedimientos médicos complejos, ya sea con personal de salud entrenado específicamente para ello con el empleo de materiales o tecnología especializada para dicho procedimiento. Estos niveles de complejidad se encuentran insertos en cada nivel de atención, con la finalidad de dar solución a los problemas de salud presentados por el perfil poblacional que acude a cada uno de los niveles médicos.

Beneficios

Los beneficios que otorgan las instituciones de seguridad social comprenden atención a la maternidad, episodios de enfermedad clínica o quirúrgica, atención y acceso a fármacos, dispositivos médicos, rehabilitación, riesgo de trabajo, prestaciones sociales, retiro de vejez, guarderías, etc. mientras que las instituciones que cubren a población carente de seguridad social prestan servicios de atención médica de ciertos padecimientos (generalmente abarcando aquellas patologías de gran relevancia epidemiológica, grupos prioritarios de acuerdo al perfil demográfico y aquellas enfermedades que representan un problema a nivel de salud pública).

El sector privado presta atención médica a la población que independientemente de su tipo de actividad económica, cuente con la suficiente capacidad de pago acorde a las tarifas establecidas por cada institución o prestador de servicios médicos. Su conformación contempla dentro de los servicios prestados a la biomedicina, la homeopatía, la acupuntura y al resto de

terapias alternativas. El sector está estructurado por médicos generales y médicos especialistas que trabajen en clínicas, consultorios y hospitales privados, personal con conocimiento y práctica en terapias alternativas (aunque este campo aún no se encuentre totalmente reglamentado en su operación) compañías aseguradoras y hospitales de inversión privada.

La oferta de atención se estructura a través de servicios en consultorios particulares independientes o como consorcios de especialidades médicas, clínicas de segundo nivel de atención y hospitales de segundo y tercer nivel de atención.

Financiamiento

El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: las contribuciones gubernamentales a través del presupuesto federal en salud, las contribuciones del empleador, que para los casos de las Instituciones de Seguridad Social como son el ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno, y la tercera contribución la realizan los empleados afiliados a dichas Instituciones. Estas instituciones prestan sus servicios en instalaciones propias con personal de salud debidamente especializado y certificado para laborar en dicha institución. Para el caso de las instituciones que cubren a la población carente de seguridad social, el financiamiento proviene de recursos federales, estatales y cuotas de recuperación familiar pagadas por los usuarios de los servicios, acorde a su perfil socioeconómico previamente investigado.

El sector privado se financia principalmente con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención, adquisición de membresías o tarjetas de descuento y con las primas de los seguros médicos privados.

Uso de la medicina tradicional en el medio urbano

En México, la medicina tradicional representa un bagaje de suma importancia biocultural, que además del componente histórico mesoamericano, representa hoy en día una fuente de acceso terapéutico visiblemente dinámico. Actores sociales, académicos y científicos buscan con empeño el reconocimiento y la debida

protección de los recursos bioculturales de la medicina tradicional por parte del sistema de salud.

La participación de la medicina tradicional ha sido visibilizada por organizaciones internacionales de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la propia Organización Panamericana de la Salud (OPS), quienes la conciben como el conjunto de conocimientos y prácticas que dan explicación y sentido a un conjunto de padecimientos o enfermedades dentro de los pueblos, siendo la terapéutica o curación mediante el uso de plantas, animales, minerales, técnicas espirituales, manuales de forma individual o colectiva para mantener el bienestar. (OMS 2005, OPS 1999) Estas organizaciones internacionales han formulado propuestas de intervención en materia de política sanitaria así como en programas encaminados a fortalecer la atención primaria a la salud y el uso de recursos locales (Nigenda, 2001) pero en México persiste la subordinación formal ante la biomedicina al no encontrarse plenamente integrada y avalada por el sistema jurídico dentro del sistema de salud.

Al ser un tema complejo y dinámico, para finalidades de este trabajo se acota al abordaje teórico hecho únicamente en zonas urbanas, por la importancia con el contexto en zonas de alta concentración respecto a diversidad terapéutica, por la gran oferta de recursos para la salud que usualmente existe, aunque no se dispongan censos o cifras oficiales de un número concreto de curanderos o instalaciones donde se lleven a cabo estos servicios de medicina tradicional.

En la Ciudad de México, los curanderos urbanos de la medicina tradicional que no cuentan con el mismo reconocimiento sociocultural comparado con aquellos curanderos de zonas rurales, realizan modificaciones en cuanto a la apertura ideológica y ampliación del uso los recursos materiales disponibles, llegando a integrar técnicas de otras medicinas tradicionales (Berenzon,2006) con la finalidad de conseguir una mayor clientela y no sucumbir ante la competencia de otros curanderos. (Campos,1997)

En un estudio hecho por el departamento de Salud Pública de México, se encontró que en la capital del país fueron los padecimientos con componentes psicológicos y emocionales los principales motivadores de búsqueda de los

curanderos urbanos para encontrar solución y consuelo. Los padecimientos que destacaron fueron: Problemas de envidia, susto, insomnio, depresión, nervios y mal de ojo. (Berenzon-Gorn & Ito,2006).

Breve descripción del sistema de salud en China

Contexto

Durante la década de 1980 y tras la revolución cultural que generó gran impacto a nivel socioeconómico, el gobierno chino puso en marcha una importante reforma sobre el sistema de seguridad social, incluyendo las reformas de los regímenes de pensiones y de salud. Esto tuvo un gran impacto en la organización del sistema de bienestar público, mediante el empleo de una serie de experimentos locales, de los cuales los modelos particulares fueron seleccionados para la aplicación nacional que hasta el momento ha prevalecido dentro del sistema de salud. A continuación y a manera de contextualizar a China en cuanto a indicadores básicos en materia de salud, se muestran los datos más relevantes obtenidos por la Organización Mundial de la Salud

Datos estadísticos generales en salud de China

Población total (2013)	1,393,337,000
Esperanza de vida al nacer h/m (años, 2012)	74/77
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1000 nac. vivos 0)	no disponible
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1000 habitantes, 2012)	106/79
Gasto total en salud por habitante (\$ int, 2012)	480
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2012)	5.4

FUENTE: OMS, <http://www.who.int/countries/chn/es>.

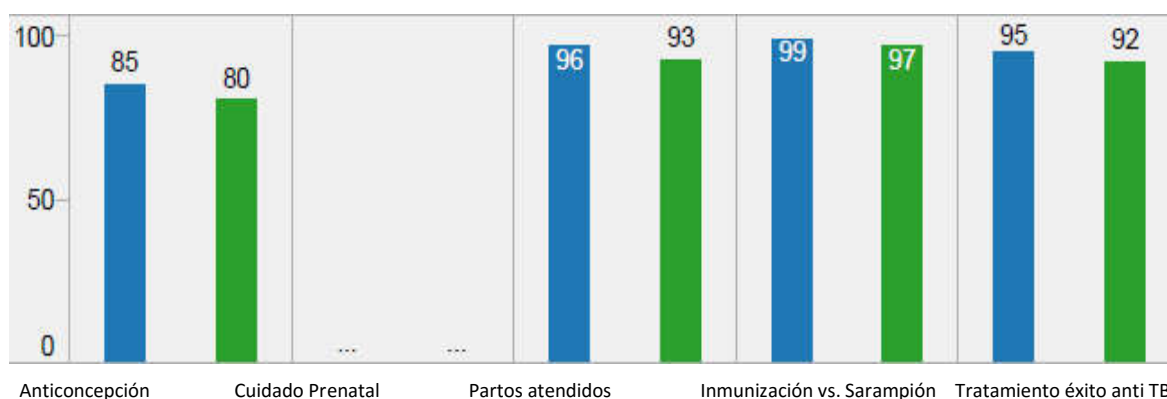
Distribución de causas de muerte en niños menores de cinco años, año 2013

Causas	Porcentaje del total
Otras causas	23%
Prematuridad	16%
Asfixia neonatal	15%
Infecciones respiratorias agudas	14%

Anormalidades congénitas	13 %
Heridas /lesiones	13%
Diarrea	4%
Sepsis neonatal	2%
Sarampión	<1%
HIV/SIDA	<1 %
Malaria	<1%

FUENTE: OMS, <http://www.who.int/countries/chn/es/>.

Porcentaje de uso de los servicios de salud, año 2007



China (en azul) Región OMS (en verde)

FUENTE: OMS, <http://www.who.int/countries/chn/es>

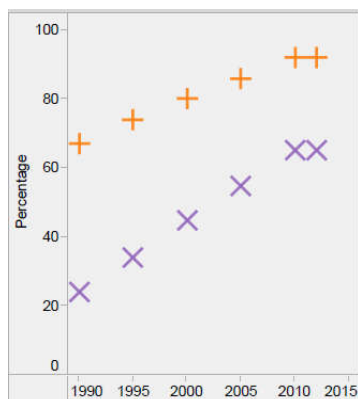
Diez principales causas de muerte en China, año 2012

El infarto cerebral encabezó la principal causa de muerte, ocasionando 233 mil muertes en el año 2012.

Causa	Cambios en el rango 2000-2012
Evento vascular cerebral/infarto cerebral (23.7%)	Sin cambios
Enfermedad isquémica del corazón (15.3%)	Aumento
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (10.3%)	Disminución
Cáncer Pulmonar, traqueal y bronquial (6.1%)	Sin cambios
Cáncer de Hígado (3.9%)	Aumento
Cáncer de estómago (3.3%)	Aumento
Accidentes de camino (2.8%)	Aumento
Enfermedad hipertensiva (2.5%)	Sin cambios
Diabetes mellitus (2,3%)	Aumento
Infecciones tracto respiratorio bajo (2.1%)	Disminución

FUENTE: OMS, <http://www.who.int/countries/chn/es>.

Porcentaje de población con servicios de agua potable y drenaje 1990-2015



- + Mejoras en el sistema de agua potable
- x Mejoras en el sistema de drenaje

FUENTE: OMS, <http://www.who.int/countries/chn/es>.

Organización

El sistema está cambiando constantemente tratando de responder a los actuales problemas financieros y las nuevas necesidades de la población, entre los planes nacionales de salud, se pretende lograr la cobertura universal en salud a todo el pueblo chino para el año 2020, mediante la expansión del seguro médico, conformación de cooperativas rurales del sistema médico y fomento al crecimiento de la infraestructura para la atención básica en áreas urbanas y rurales del país, mediante la inversión pública y privada para la conformación de clínicas y hospitales.

El sistema de salud en China se encuentra regulado por la Comisión Nacional de Planificación Familiar y Salud, descentralizado y operado mediante las Agencias de Salud de las 31 provincias y regiones autónomas que conforman al país. El antiguo Ministerio de Salud (MS) se fusionó recientemente con la Comisión Estatal de Planificación Familiar después del 18º Congreso Popular celebrado en marzo de 2013. (Swedish Agency for Growth Policy Analysis, 2013)

La operación de las cooperativas médicas rurales, los servicios de salud pública y hospitales públicos dependen del Ministerio de Salud, mientras que las inversiones en salud y los subsidios de seguros médicos dependen del Ministerio de Finanzas.

El sistema de salud se encuentra administrado por tres diferentes instancias: Hospitales, instituciones públicas y centros primarios de atención.

A continuación se muestra la infraestructura con la que contaba China para el año 2011:

Hospitales y centros primarios que otorgan servicios de salud a la población china (2011)

Número total de hospitales en China:	21,979
a) Hospitales Generales o Públicos	a) 14, 328 (65.2%)
b) Hospitales de especialidades	b) 8,440 (38.4%)
b) Hospitales Medicina Tradicional	c) 2,831 (12.9%)
Número total de centros primarios de atención en China:	918,000
a) Centros Urbanos	a)32,860 (3.6%)
b) Centros Rurales municipales	b)37,295 (4.1%)
c)Clínicas de Consulta externa	c) 184,287 (20.1%)
d)Centros de Salud comunitario	d) 662,894 (72%)

FUENTE: Swedish Agency for Growth Policy Analysis,2013.

Niveles de Atención y de Complejidad

China cuenta con los tres niveles de atención dentro de su sistema de salud, focalizando el esfuerzo en el primer nivel de atención primaria, tal como lo dicta la historia del país con la creación de los "médicos descalzos", campesinos capacitados para realizar medidas de higiene, prevención y planificación familiar en las áreas rurales del país. Tiempo después, seguido de la conferencia de Alma Ata en 1978, se integró en la atención primaria el sistema médico cooperativo, (UNICEF,2009) actualmente ocupando más del setenta por ciento de la infraestructura del sistema en salud. A lo largo de la historia y del proceso de "occidentalización" de la medicina china, las especialidades médicas han ido ganando un importante espacio para conformar las clínicas y hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad con predominio del campo quirúrgico y con el desarrollo tecnológico correspondiente, aunque esto último se concentre

prioritariamente en zonas urbanas. (National Health and Family Planning Commission of the PRC,2012).

Acceso

Para que la población china tenga acceso a la salud, dentro de la Ley de Seguridad Social desde el año 2011 incluyó tres esquemas básicos de seguro médico:

- 1.Seguro médico básico para empleado urbano (UEBMI)
- 2.Seguro médico básico para residente urbano (SMBRU)
- 3.Sistema médico cooperativo rural (RCMS).

Beneficios

El primer seguro médico para empleado urbano (UEBMI por sus siglas en inglés) abarca a todas las empresas del sector público, privado y de inversión extranjera, contemplando la afiliación de todos los empleados rurales, urbanos y del sector informal, otorgando atención médica a maternidad, enfermedades físicas y mentales, rehabilitación, acceso a fármacos, operaciones quirúrgicas y estancias hospitalarias.

El seguro médico básico para residente urbano (URBMI por sus siglas en inglés) cubre a la población infantil, abarcando la niñez temprana, a los estudiantes de educación primaria, adolescentes, adultos mayores y aquellos grupos en condición de vulnerabilidad social como aquellos que carezcan de un hogar. Este seguro abarca las vacunaciones necesarias, intervención médica de primer y segundo nivel de atención para las enfermedades de mayor predominio epidemiológico.

El sistema médico de cooperativa rural (RCMS por sus siglas en inglés) es un sistema voluntario que está organizado y dirigido por el gobierno del partido comunista chino. A finales de 2011, la tasa de cobertura fue de más del 95 por ciento para las comunidades rurales, atendiendo enfermedades básicas de alto perfil de salud pública, vacunación, atención a la maternidad y cirugías ambulatorias.

Mecanismo de operación de los beneficios de los tres seguros médicos. Este mecanismo de operación para aplicar los reembolsos de los beneficios del seguro básico para empleados y residentes urbanos, así como el sistema médico de cooperativa rural, se divide en tres formatos: El primero está conformado por el seguro de enfermedades catastrófica en pacientes hospitalizados, sumado a una cuenta de ahorros para gastos de salud del paciente en consulta externa. El segundo formato consta del seguro de enfermedades catastróficas del paciente hospitalizado, sumado a un fondo de pacientes ambulatorios de consulta externa, y el tercer formato, únicamente consta de seguro de enfermedades catastróficas.

Cabe mencionar que las enfermedades catastróficas son aquellas patologías complejas con características letales a largo plazo que a nivel poblacional ocasionan bajas económicas como ausentismos laborales por incapacidad. Por citar dos ejemplos, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Financiamiento

El financiamiento para el seguro médico de empleados urbanos (UEMBI) proviene de un fondo común y de las cuentas de ahorros médicos individuales del trabajador. La prima se recoge en la forma de un impuesto sobre la nómina proporcionada por los empleadores y un porcentaje menor aportado por los empleados.

El financiamiento para el seguro médico de residentes urbanos (URBMI) proviene de las contribuciones de las familias sumado a subsidios gubernamentales, que representa cerca del 80% del total del seguro URBMI.

Para el tercer seguro, el financiamiento se logra a través de una combinación de contribuciones individuales, el apoyo financiero de las empresas colectivas y los subsidios gubernamentales del partido comunista.

2.6.4. La medicina tradicional china en el contexto actual

La medicina tradicional china tiene como raíz la filosofía ancestral del Taoísmo, cuenta con algunos registros médicos fechados alrededor del año 1,400 a. de C., siendo el *Nei Jing (Emperador Amarillo)* de los escritos con mayor importancia para remarcar el concepto del cuidado de la salud y la enfermedad en los orígenes de esta cultura milenaria. A través del tiempo, se han ido englobando distintos componentes o disciplinas prácticas que conforman el conjunto de la medicina tradicional china, que brevemente se comentan a continuación:

- Acupuntura: Aplicación de agujas especiales en ciertas áreas corporales.
- Moxibustión: Combustión de un paquetillo orgánico (elaborado de la planta *artemisa vulgaris*) colocado cercano al paciente o por medio de la acupuntura a través de la inserción de la aguja en el cuerpo.
- Ventosas: Utilización de artefactos de vidrio y material igniscente que al producir calor eliminan el oxígeno del ambiente provocando congestión y calor sobre el tejido corporal en el que es aplicado el artefacto.
- *Tui na*: Terapéutica que incluye técnicas de masaje y manipulación corporal.
- *Tai chi* y *Qi gong*: Movimientos corporales específicos que combinan equilibrio postural, enfoque y concentración mental combinado con ejercicios de respiración.
- Herbolaria: Conjunto de recursos materiales naturales como plantas, animales y minerales, hoy en día con un auge importante en la medicina tradicional tanto en China como en Occidente, debido a su explotación económica. Al igual que la acupuntura, estas dos disciplinas son las de mayor uso y difusión en el mundo entero. Aunque distintas y complejas desde su campo, forman parte complementaria de la terapéutica tradicional.

Posterior a la revolución en 1949, el partido comunista chino decidió incorporar oficialmente a la medicina tradicional china dentro del sistema nacional de salud para contribuir a la recuperación identitaria popular dentro del nuevo contexto sociopolítico (Reyes,2008) Con el devenir de los años y la apertura de

China hacia occidente, se mostró la riqueza e importancia de su medicina a través de las condiciones poblacionales y las prácticas médicas, logrando así que organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconociera su estructura e impacto social en el contexto moderno. Se estimó que en el año 2005 el 40 por ciento de los usuarios del sistema de salud nacional emplearon la medicina tradicional china de manera formal y legítima como parte de su cuidado y la atención a la salud.

En relación a esta medicina y la infraestructura que la soporta, en China, los hospitales públicos son considerados como la columna vertebral de los servicios de salud urbanos en las grandes ciudades del país (Jens, 2008). Estos hospitales siguiendo el mismo criterio de niveles de atención se clasifican en tres niveles, de acuerdo a los criterios médicos para tratar padecimientos de alto perfil epidemiológico con simple manejo y cuidado, patologías que requieran de intervenciones especializadas en segundo nivel y aquellas enfermedades que deben ser tratadas por especialistas en un tercer nivel de atención. En cuanto a la administración de la infraestructura de la medicina tradicional, los principales hospitales son organizados por el Ministerio de Salud y financiados por el gobierno del partido comunista chino. Todos los hospitales de segundo y tercer nivel son administrados por cada gobierno de las 31 provincias/regiones autónomas de China.

El mayor empuje que tiene la medicina tradicional china actualmente es el estudio de los componentes materiales naturales que la conforman. En 1990 fue publicada la *Farmacopea de la República Popular de China*, registrando más de 3,000 plantas medicinales y cerca de 300 formulaciones herbales (cada una empleando entre 4 y 12 ingredientes por formulación) en diferentes presentaciones, tales como extractos, jarabes, polvos, infusiones, ampulas, cápsulas, etc. (National Cancer Institute, 2011). Esta exploración, investigación y explotación de recursos naturales y ancestrales ha llevado ambiciosamente a China a fortalecer su economía en el rubro farmacéutico, ya que en 2007 se registró que el 40% del mercado lo conformaban los productos de la herbolaria tradicional. En términos de volumen de venta, los medicamentos herbales

representan las dos terceras partes de las medicinas ofertadas en todo el país. (Price Waterhouse Coopers, 2009)

Uno de los principales retos que enfrenta el gobierno de China en cuanto a su medicina tradicional, en concreto con la calidad de producción y venta de los productos herbales, es su regulación sanitaria en cuanto a la seguridad y eficacia de los componentes de las formulaciones elaboradas en las farmacéuticas y laboratorios del país. Existe para esto la Administración China de Medicamentos y Alimentos (Chinese State Food and Drug Administration en inglés) quien se encarga de establecer las normas administrativas y operativas de manufactura y la impartición de sanciones en los casos detectados de corrupción. (CFDA, 2014).

Para finalizar, es importante recordar que la mayor parte de la población china además de usar la medicina tradicional con fines curativos, hace uso de sus múltiples recursos para promover el auto cuidado, el fomento a la preservación de la salud en todas las etapas de la vida. La medicina es percibida como una filosofía de vida, una práctica que va más allá de la consulta en una clínica o la relación con un médico. A través de los siglos, la medicina tradicional ha formado parte importante de la cosmovisión y de la identidad del pueblo chino, nutriendo el estilo de vida, la ideología y otros componentes de la cultura como la alimentación, la vivienda y las festividades.

2.7. Estrategia metodológica (desarrollo de la investigación)

El desarrollo de la investigación parte primeramente por establecer los factores relacionales entre las madres migrantes, mediante el uso de tipologías, para comprender el problema previamente mencionado.

Los puntos a seguir para el desarrollo de la investigación son los siguientes:

1. Elaboración y consolidación del Protocolo con el establecimiento de metas acorde a objetivos, selección adecuada de los participantes y contacto por medio de una invitación escrita con un resumen general sobre el proyecto.
2. Preparación de Guiones de observación/entrevista, actualización del cronograma y planificación de actividades en campo.

3. Contacto con la embajada mexicana en China, sección educativa, para informar sobre el proyecto y las actividades a realizar, previo a salida a campo.
4. Solicitar a la embajada de ser posible, aquellos documentos sobre situaciones específicas relacionadas a la salud y migración de los mexicanos en China.
5. Contacto continuo con las madres de familia participantes, a través de correspondencia electrónica.
6. Durante la estancia en campo: programación de citas para los encuentros con los actores seleccionados, acompañamiento a actividades cotidianas, escolares y a consultas médicas. Acudir personalmente a los servicios de salud seleccionados en calidad de acompañante de la madre.
7. Captura de datos, transcripción de entrevistas conforme a la obtención de datos.
8. Cabe señalar que este proyecto es llevado a cabo tomando en cuenta la ética para la protección de sujetos humanos de investigación, haciendo referencia del Informe Belmont, para que los instrumentos de entrevista y el trabajo en campo estén encaminados a contemplar los principios éticos de respeto a las personas en cuanto a su autonomía, privacidad, anonimato, libertad de elección, sentido de beneficencia procurando su bienestar y justicia al trato con igualdad. Esto se realizará mediante el uso claro y de forma escrita del Consentimiento Informado.

Principales problemas para ser contemplados durante la investigación

Respecto a las participantes: Renuncia y abandono del proyecto por parte de alguna de madres por voluntad propia. Propuesta de solución: Contemplar la participación de otras madres que cumplan con la tipología.

Respecto a los escenarios institucionales: Rechazo del personal de escuela/maestro o bien rechazo del médico/institución de salud para las entrevistas. Propuesta de solución: Contemplar la perspectiva de otros actores dispuestos a llevar a cabo las entrevistas, utilizando a las madres que puedan referenciarme con ellos.

Falta de episodios de problemas de salud al momento de realizar trabajo en campo. Propuesta de solución: invitar a las madres y recordarles que se puede realizar labores de acompañamiento sin importar horario o día que se presente el episodio de enfermedad. Utilizar el método de caso extendido para recabar información útil referente a distintos problemas de salud.

Características básicas para la selección de participantes

Los actores participantes del estudio en orden de importancia son:

- Mujeres. (6) Características: Madres primigestas o multíparas de nacionalidad mexicana, residentes de Beijing, que sepan leer y escribir y que participen en las entrevistas y actividades programadas.
- Niños. Hijos nacidos de las madres de familia seleccionadas como informantes, que se encuentren en un rango de edad menores de doce años, residentes de Beijing viviendo con sus padres.
- Intérprete (1) clínico de español y/o mandarín e inglés: Colaborador en alguna institución de salud que preste servicio a pacientes hispanohablantes latinoamericanos, residente de Beijing.

Los criterios utilizados para elegir a las familias fueron los siguientes

Criterios de Inclusión de las familias:

- Estancia en Beijing mayor a 6 meses.
- Que cuente con uno o más hijos nacidos del matrimonio.
- Estatus migratorio regularizado con visado vigente.
- Jefe de familia laborando en la diplomacia o alguna empresa mexicana.

Criterios de exclusión de las familias:

- Estancia en Beijing menor a 6 meses, durante el periodo 2012-2013.
- Estancias intermitentes en Beijing o viajes frecuentes al extranjero.
- Sin hijos.

- Estatus migratorio irregular o con problemas frente a gobierno local.
- Jefe de familia estudiante o trabajador independiente.

Número de informantes claves y de apoyo

Clave	Madres	6
Apoyo	Intérprete	1

Tipologías establecidas

La metodología cualitativa en el campo antropológico ofrece la construcción de tipologías que permiten la selección de los sujetos informantes acordes con los objetivos, por lo que se emplearon criterios determinantes como:

1. Antecedentes migratorios. La experiencia migratoria del sujeto parte de un ciclo definido que define la trayectoria de forma personal. Esta se puede dividir en motivos de salida, establecimiento, integración/asimilación/marginalización con la sociedad receptora, decisión de regresar al país de origen/continuar en la residencia/migrar a otro país. (Rossi,2012)
2. Manejo del idioma. A fin de determinar la facilidad y grado de desenvolvimiento dentro de la sociedad receptora, instituciones prestadoras de servicios a la salud y la forma de interacción en torno al encuentro clínico con el médico y personal de enfermería, se considera criterio el uso del idioma chino mandarín por parte de las familias mexicanas (Bischoff, A. & Loutan L. 1998)
3. Experiencia respecto a cuidados infantiles. Este criterio deriva del trabajo realizado por Osorio (2001) donde se contemplan las prácticas y conocimientos acumulados de la madre en torno a las enfermedades infantiles más comunes. El contacto de la mujer con niños propios (hijos previos) o situaciones familiares donde se colocó como cuidadora de primos, hermanos menores, etc. Aporta

herramientas a la madre para hacer frente al problema presentado en la situación de migrante.

Con estos criterios se elaboró la tipología para clasificar a las madres de familia participantes en el proyecto de investigación, quedando a continuación lo siguiente:

Criterios tipológicos	Características establecidas
Antecedentes migratorios (Am) (Rossi, 2012)	Am+: Ha vivido previamente en otro país. Am-: Nunca había vivido fuera de México.
Manejo del idioma mandarín (Mm) (Bischoff, A. & Loutan L. 1998)	MmA: Ambos padres de familia hablan mandarín. MmB: Al menos un integrante habla mandarín. MmC: Ningún integrante habla mandarín.
Experiencia respecto a cuidados infantiles (Ec) (Osorio,2001)	Ec+: La madre cuenta con experiencia previa en la atención y cuidados infantiles frente a enfermedades infecciosas. Ec-: La madre carece de experiencia previa en la atención y cuidados infantiles frente a enfermedades infecciosas.

Combinación de Criterios Tipológicos y tipos encontrados

1	A+	MmA	Ec+
2	A+	MmB	Ec+
3	A+	MmC	Ec+
4	A+	MmA	Ec-
5	A+	MmB	Ec-
6	A+	MmC	Ec-
7	A-	MmA	Ec+
8	A-	MmB	Ec+
9	A-	MmC	Ec+
10	A-	MmA	Ec-
11	A-	MmB	Ec-
12	A-	MmC	Ec-

Ad	nunca había vivido fuera de México	Ambos padres de familia hablan mandarín	La madre carece de experiencia previa en la atención infantil
Dd	Ha vivido previamente en otro país	Ningún Padre habla mandarín	La madre cuenta con experiencia previa en la atención infantil
Ld	nunca había vivido fuera de México	Ningún Padre habla mandarín	La madre cuenta con experiencia previa en la atención infantil
Le	nunca había vivido fuera de México	Ambos padres de familia hablan mandarín	La madre cuenta con experiencia previa en la atención infantil
Me	Ha vivido previamente en otro país	Ambos padres de familia hablan mandarín	La madre cuenta con experiencia previa en la atención infantil
Pe	nunca había vivido fuera de México	Ningún Padre habla mandarín	La madre carece de experiencia previa en la atención infantil

Es importante señalar que las doce tipologías, la mitad de ellas cumplieron con el perfil de las madres participantes. La otra mitad fue descartada debido a que las mujeres seleccionadas decidieron no participar en la investigación. Con fines prácticos para la codificación de información, las esposas de los trabajadores empresarios se identificaron con la letra "e", mientras que para el gremio diplomático la letra "d".

Madres	Ad	Dd	Ld	Le	Me	Pe
Am	Am-	Am+	Am-	Am-	Am+	Am-
Mm	MmA	MmC	MmC	MmA	MmA	MmC
Ec	Ec-	Ec+	Ec+	Ec+	Ec+	Ec-
Tipos	10	3	9	7	1	12

Perfil General de las Madres Participantes								
Madre	Edad Escolaridad Ocupación Religión	Tipo	Hijos Edad	Estancia en Beijing	Principales Padecimientos Infantiles	Cuenta con Seguro Médico	Recursos Más empleados	Apoyo de terceros más utilizados
Ad	-35 -Posgrado -Asesora -Hogar -Cristiana	10	1 niño 5 años (J)	6 años	Fiebre Tos Gripa	Si	1.Biomedicina	Esposo Amistades Com china
Dd	-50 -Posgrado -Diplomacia -Católica	3	1 niño 9 años (E)	5 años Int.	Desarrollo Crecimiento Gripa GEPI Accidentes	Si	1.Biomedicina 2.Remedio 3.Med Tradicional China	Esposo Interprete Hijo
Ld	-31 -Preparatoria -Hogar -Católica (No profesora)	9	1 niño 10 años (J) 1 niña 8 años (A)	1 año Int.	Gripa Tos	No	1.Biomedicina 2.Med Tradicional China 3.Remedios	Amistades Comunidad extranjera Hijo
Me	-45 -Licenciatura -Estudiante -Voluntaria -Iglesia -Católica	7	1 adolescente 14 años 1 niña 12 años (P)	5 años Int.	Gripa Tos Faringitis	Si	1.Med Tradicional China 2.Remedios 3.Biomedicina	Amistades Interprete Hijo
Le	-40 -Licenciatura -Hogar -Católica (No profesora)	1	1 niño 10 años (D) 1 niña 8 años (A) 1 bebé 9 meses (D)	5 años	Gripa Tos	Si	1.Homeopatía 2.Remedios 3.Biomedicina	Esposo Amistades Comunidad extranjera
Pe	-50	12	1 niño 11 años	1 año y	Gripa		1.Biomedicina 2.Med	Amistades Comunidad

	-Licenciatura -Hogar -Católica (No profesa)		(F) 1 niña 9 años (A)	medio	Tos Enfermedad piel Depresión leve	Si	Tradicional China	d mexicana Ayi
Cc Intérprete, facilitadora intercultural PARTICIPANTE SECUNDARIO			1 hijo 10 años	10 años	Gripas **Esposo Facilitador Intercultural para China	Relación con: Dd, Le, Me		

FUENTE: Trabajo de Campo, 2012.

Plan de Análisis

El enfoque de acercamiento al estudio de la salud y enfermedad relacionados al trabajo de la presente investigación es de carácter sociocultural. Las bases sociales y culturales sitúan al proceso salud-enfermedad-atención en relación con la experiencia subjetiva de los actores de la problemática respecto a la colectividad con la que interactúan en un contexto sociohistórico determinado.

Para autores como Peña (2012) este enfoque sociocultural de aproximación a la problemática salud-enfermedad permite una aplicación relacional y pluricultural partiendo de la metodología cualitativa, para dar como resultado la descripción y análisis de las prácticas y representaciones sociales en torno a la problemática salud-enfermedad y con ello marcar las tendencias de utilización de sistemas de atención, mostrar la dinamización respecto a los mecanismos que integran a los sistemas y hacer visible los diversos niveles involucrados en el contexto específico, partiendo en este caso del nivel familiar del núcleo doméstico.

La perspectiva antropológica del presente trabajo con el enfoque arriba descrito, permite abordar la problemática de la salud-enfermedad desde el padecimiento con su respectiva subjetividad y las respuestas sociales a éste,

reconociendo con esto un proceso que para autores como Menéndez (1997) es de carácter universal, operante en toda sociedad.

La metodología cualitativa proporciona una fuente de información descriptiva, detallada y específica relacionada al problema de investigación, una comprensión experiencial por parte de los actores participantes del presente trabajo y múltiples realidades, derivadas de los modelos explicativos ofrecidos estos informantes seleccionados durante el desarrollo de la investigación.

El método empleado para la realización de la investigación es la etnografía, ya que permite la integración clara y coherente de las condiciones y comportamientos habituales del sujeto con la observación del investigador en campo, la información recabada mediante entrevistas y la documentación de apoyo referente al contexto, todo apuntado al problema a investigar. La etnografía como método facilita la creación de una estructura básica que permite la organización y sistematización de categorías estudiadas de la realidad para elaborar un análisis y una discusión en relación al marco teórico de referencia previamente recabado.

Con la finalidad de un apego metodológico pertinente en el desarrollo de estancia en campo, se toman en consideración las siguientes recomendaciones etnográficas:

1. Preparación previa (financiamiento, dominio del idioma, historia, especialidad del tema a investigar, permisos de gobierno y/o institucionales)
2. Estancia prolongada, por al menos dos años, como estudio inicial de la zona interesada (para establecer vínculos de confianza con los informantes, creación de redes, rivalidades locales etc.)
3. Evidencia previa de la localidad a estudiar
4. Responsabilidad ante la información obtenida en campo
5. Justicia ante el órgano financiador, la localidad y la gente de confianza

Para dar voz a las informantes primarias, se empleará el método de Historia de Vida y caso extendido para la reconstrucción del padecimiento en los hijos. Grece Blumer define a la historia de vida como: "Un relato de la experiencia individual que releva las acciones de un individuo como actor humano y participante en la vida social."

Los materiales necesarios para recabar información sobre la historia de vida son los documentos escritos por los propios informantes, (cartas, diarios, etc.) el testimonio oral del informante entrevistado y la encuesta o cuestionarios biográficos con preguntas abiertas.

Además se emplearán los controles de confiabilidad, que constan del objeto claro de investigación, la atención a que el informante pueda hacer declaraciones que resulten contrarias a las expectativas del investigador, una crítica interna donde el investigador recolecta datos, y los somete a la crítica de la congruencia y consistencia. Finalmente la crítica externa que recaba los datos de otras fuentes de referencia, la triangulación entre testigos e informante y las entrevistas con información que se repite en diferentes momentos.

Por lo tanto, se propone un esquema que establece una serie de acciones y elementos de aproximación a los objetivos:

Mujeres participantes
- Observación participante: Hogar, reuniones sociales, actividades cotidianas, durante el encuentro clínico.
-Entrevistas: Estructuradas en el hogar y abiertas durante las actividades cotidianas.
-Método de caso extendido para los mecanismos de atención.
-Historia de vida para la reconstrucción de la trayectoria migratoria.
Otros participantes

-Padres e hijos: Observación participante en el hogar, actividades cotidianas y durante el encuentro clínico.

-Intérprete: Entrevista estructurada en su espacio de trabajo.

Matriz de análisis de información 1. Estrategias para el cuidado de la salud de los niños.				
1.1	1.2	1.3	1.4	1.5
Prácticas con relación a aspectos higiénico dietéticos y de prevención de enfermedad, ante contaminación	Experiencia materna previa atención de las enfermedades infantiles.	Mecanismos de atención que emplean las madres para el cuidado de salud de sus hijos	Interacción que las madres tienen con los servicios de salud	Uso de idioma.
1.1.1 Representaciones acerca de alimentación y su relación con el riesgo de enfermedades.	1.2.1 Tipos de conocimiento sobre distintos problemas de salud.	1.3.1 Conocimientos sobre fármacos.	1.4.1 Toma de decisiones.	1.5.1 Aprendizaje.

1.1.2 Representaciones acerca de hábitos higiénicos y del cuidado a la salud.	1.2.2 Conocimiento sobre otra enfermedad.	1.3.2 Conocimientos sobre remedios caseros.	1.4.2 Percepción	1.5.2 Percepción.
1.1.3 Representaciones sobre la contaminación aire y agua.	1.2.3 Resolución del problema de salud.	1.3.3 Conocimientos sobre medicina tradicional china.	1.4.3 Acciones.	1.5.3 Acciones como uso de intérpretes o materiales de diccionarios.
1.1.4 Actores involucrados en la adquisición del conocimiento.	1.2.4 Acciones de Prevención.	1.3.4 Conocimientos sobre especialistas en atención	1.4.4 Elección de recursos.	1.5.4 Obstáculos.
Otros.	Otros.			1.5.5 Secuencia de los mecanismos de atención.
1.6 Uso de Nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC).	1.7 Búsqueda de apoyo de terceras personas.			
1.6.1 Conocimiento de la madre sobre internet y redes sociales electrónicas.	1.7.1 Esposo e hijos	1.7.4 Relación con empleada doméstica "Ayi".		
1.6.2 Percepción de la madre sobre uso de las TIC.	1.7.2 Familia extensa y amistades cercanas	1.7.5 Relación con los servicios de interpretación/traducción hospitalario.		

Otros.	1.7.3 Relación con diversos miembros de la comunidad.			
2. Instituciones y recursos para la salud.				
	2.1 Percepción de la madre sobre las instituciones de salud biomédicas y servicios de medicina tradicional china.	2.2 Percepción de la madre con respecto a la relación médico-paciente.	2.3 Percepción de la madre con respecto a los fármacos locales.	2.4 Accesibilidad para el seguimiento médico y comunicación directa con el terapeuta responsable.
	2.1.1 Marcos éticos	2.2.1 Países de procedencia de médicos	2.3.1 Obtención del fármaco	2.4.A Instituciones Biomédicas
	2.1.2 Reglamentos	2.2.2 Valores Médicos percibidos por las madres	2.3.2 Uso de fármacos locales	2.4.B Instituciones MTC
	2.1.3 Discriminación	2.2.3 Criterios de preferencia para la selección del terapeuta	Otros	
	2.1.4 Calidad y satisfacción de la atención	2.2.4 Comunicación con el personal		
	Otros	2.2.5 Respeto a las creencias maternas en torno a la salud del escolar		
		2.2.6 Relación médico paciente durante el espacio clínico		

		2.2.7 Prescripciones o recomendaciones no farmacológicas adecuadas para los niños.			
2.5 Accesibilidad geográfica de los servicios locales	2.6. Accesibilidad financiera de los servicios locales				
2.5.A. Instituciones Biomédicas	2.5.A. Instituciones Biomédicas				
2.5.B. Instituciones MTC	2.5.B. Instituciones MTC				
3. Características de la familia y antecedentes migratorios.					
3.1 Perfil familiar	3.2 Perfil materno-infantil	3.3 Conformación de la familia	3.4 Economía familiar	3.5 Condiciones de vida	
3.1.1 Lugar de procedencia	3.2.1 Antecedentes obstétricos	3.3.1 Toma de decisiones	3.4.1 Montos	3.5.1 Condiciones materiales de vivienda	
3.1.2 Nivel escolaridad	3.2.2 Experiencia de crianza	3.3.2 Miembros de la familia	3.4.2 Distribución de Gastos	3.5.2 Transporte	
3.1.3 Religión OTros	Otros	3.3.3 Hijos		3.5.3 Percepción de condiciones de vida	
3.6 Espacios sociales	3.7 Manejo de Idiomas inglés y mandarín vida cotidiana	3.8 Experiencia migratoria previa	3.9 Trayecto de migración a China	3.10 Adaptación familiar durante la llegada a China	3.11 Formas de relación y extensión de recursos de las familias mexicanas fuera de las fronteras geopolíticas de China

3.6.1 Embajada Mexicana	3.7.1 Lugar del aprendizaje del idioma	3.8.1 Condiciones de partida	3.9.1 Razones de migrar	3.10.1 Conocimientos y prácticas de la madre para la organización y adaptación familiar en la trayectoria migratoria	3.11.1 Relación con la familia extensa 3.11.2 Extensión de recursos de las familias
3.6.2 Iglesia	3.7.2 Tiempo de estudio del idioma	3.8.2 Trayectoria migratoria	3.9.2 Preconcepción	3.10.2 Prioridades de bienestar	
	3.7.3 Percepción del uso del idioma durante la vida cotidiana	3.8.3 Adquisición de hábitos relacionados al cuidado de la salud	3.9.3 Instalación	3.10.3 Tipo de participación de cada miembro en la adaptación familiar en la trayectoria migratoria	
3.6.3 Otros espacios			3.9.4 Obstáculos y facilidades		

Capítulo III: Caracterización de las participantes y perfil de vida

3.1. Mujeres mexicanas: Migrantes, madres de familia, cuidadoras primarias

En este capítulo se describen los perfiles personales de cada una de las madres y, sus respectivas familias.

En el diseño de investigación, se mencionaron los criterios de inclusión para las informantes. Contemplando su estancia legalizada, mediante el visado vigente. Cuyos integrantes fueran uno o más hijos en edad escolar y, que no contaran con movilidad migratoria durante la realización del trabajo de campo.

Mediante la tipología elaborada y la disponibilidad de las participantes, se eligieron finalmente a seis madres de familia, cuyos perfiles cumplieron con todos los criterios preestablecidos.

Se presentan a continuación, las madres de familia informantes con los siguientes pseudónimos a fin de proteger su privacidad (las abreviaturas únicamente se señalan con fines prácticos para nombrar a las participantes durante el desarrollo del contenido de la investigación): Andrea “Ad”, Daniela “Dd”, Lucía “Ld”, Leticia “Le”, Marina “Me” y Pilar “Pe”.

A lo largo del capítulo, se presenta un esbozo de la historia personal de cada una de estas seis mujeres; dejando a la luz los diferentes rostros que proyectan: El de la mujer vista como madre, esposa, cuidadora del hijo que enferma, la proveedora de bienestar en casa. Aquella migrante que se organiza para conformar su hogar fuera de la patria mexicana lejos de la familia, amigos y recursos sociales conocidos dentro de una sociedad reconocida por ellas.

Un punto importante a comentar durante la recopilación de la información, es el problema de la memoria retrospectiva. Ya que cada entrevista está situada en el nuevo hogar, dentro del territorio chino; donde ya permea en la experiencia

de cada una de estas mujeres, la influencia del tiempo y de la óptica como migrante receptora.

Existen también diferencias en cuanto a la dinámica familiar, pero comparten el mismo estilo de vida, el mismo sentir respecto a su estancia en China; así como, su visión respecto al problema de la enfermedad de sus hijos en edad escolar y, de los recursos disponibles.

Cinco de las seis mujeres provienen de familias nucleares con nivel socioeconómico medio-alto. Esto les permitió gozar de una infancia y adolescencia con acceso a servicios privados de salud y una escolaridad de nivel educativo superior al grado de licenciatura. Pudieron realizar viajes al extranjero con fines de formación y de recreación.

La sexta participante, "Ld", es originaria de la ciudad de Mérida Yucatán, proveniente de una familia mestiza, con raíces mayas, con un nivel socioeconómico medio. Cursó únicamente escuela secundaria, comenzando a trabajar desde su adolescencia. Esta mujer jamás había salido al extranjero, siendo China su primer destino internacional.

Al momento de conformar sus propias familias; todas estas mujeres participantes en la investigación, contrajeron matrimonio en México. Mediante la vía civil y religiosa (rito católico). Para ellas, el cimentar la unión marital por medio de la aprobación de la iglesia católica les resultaba importante; ya que, la unión espiritual consolidada les proveía del reconocimiento social de su nuevo estado civil.

La mitad de las mujeres Andrea, Marina y Leticia contrajeron nupcias al término de sus estudios universitarios. Sus esposos pertenecen al mismo grupo de clase, a la generación escolar o a la misma universidad, por lo que los lazos afectivos creados en esa época les llevaron a tomar la decisión de unirse en matrimonio una vez finalizadas sus carreras profesionales. Lucía, Pilar y Daniela, tomaron la decisión de casarse estando ya laboralmente activas. Lucía trabajaba como secretaria de un administrador. Pilar siendo aeromoza de una aerolínea mexicana y Daniela como diplomática en un consulado mexicano en Estados Unidos.

Andrea y Lucía unieron sus vidas a hombres que por amor a la patria mexicana y al servicio público, se convirtieron en representantes de nuestro país mediante la Diplomacia y la Milicia, respectivamente. Ello las convirtió en esposas diplomáticas, que acompañarían a sus esposos donde fueran trasladados y en el momento requerido.

Daniela es diplomática adscrita al Servicio Exterior Mexicano, cuyo servicio tiene que ser prestado en donde se le requiera. Es en este caso, ella quien toma las decisiones de trabajo y junto con su esposo se mudan a donde se le indique.

Por otro lado; los esposos de Marina, Leticia y Pilar son hombres cuya actividad laboral pertenece al trabajo empresarial. Esto les permitió ascender en sus respectivas carreras, al grado de poder tomar la decisión de vivir fuera de México para el beneficio familiar. Los esposos de Marina y Leticia son licenciados con posgrado en el ramo de la industria alimentaria. Trabajan para la empresa mexicana panificadora más grande del mundo por posicionamiento de marca, volumen de producción y ventas internacionales. El esposo de Pilar es piloto aeronáutico, por muchos años de su vida estuvo dedicado a trabajar para una aerolínea mexicana, hoy extinta. Este cambio por pérdida de la fuente laboral, llevó a la familia de Pilar a buscar nuevos horizontes para la estabilidad del hogar; encontrándolos y por consiguiente trasladándose a Asia.

Antes de su partida a Beijing, todas las mujeres ya siendo esposas continuaban laboralmente activas, cada una en sus respectivas carreras. Conforme fueron procreando su descendencia, adecuaban de la mejor forma las actividades del trabajo con el cuidado de sus hijos, siempre respaldadas por otros miembros de su familia y/o amistades cercanas.

Cuatro de las seis mujeres vivieron sus embarazos en México, lo que les facilitó la adquisición de conocimientos maternos para la crianza de sus hijos. Dos de ellas, Andrea y Daniela fueron mujeres primigestas en el extranjero, resultando para ellas un desafío mayor al encontrarse lejos de sus familiares, de los médicos conocidos y de la cultura materna mexicana en torno al cuidado del embarazo, parto y puerperio.

Al momento de migrar a China, cinco de las mujeres participantes invierten gran parte de su tiempo, energía y dedicación a la organización del hogar; su prioridad es la educación y la crianza de sus hijos, procurando el cuidado por la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades que se presenten en la familia. Daniela quien es la principal proveedora económica en su hogar, es un caso distinto; ya que tiene una jornada laboral de hasta diez horas fuera de casa. Las esposas amas de casa, se encuentran en una posición laboral desfavorable, ya que la visa o permiso para trabajar como extranjero es muy difícil de conseguir. Oportunidades para el ejercicio de su profesión o de cualquier otra forma de actividad laboral que implique un ingreso económico o, desarrollo de un proyecto personal; es algo casi imposible de encontrar.

La partida hacia China de estas seis familias mexicanas, tiene como principal motivador la necesidad de procurarse una mejor estabilidad y crecimiento económico. A excepción de Daniela la decisión de emigrar a China fue tomada por parte de cada marido de las mujeres participantes. Las madres de familia acordaron acompañar a sus esposos al nuevo destino de trabajo, lo que implicó dejar atrás el sitio de residencia habitual, muchas de sus pertenencias personales, mascotas, amistades y puestos de trabajo.

Las órdenes de traslado para los diplomáticos; los empleos ofertados para los esposos empresarios y, la vacante disponible para el piloto aviador, fueron las razones por las que estas familias decidieron establecer sus nuevos hogares en dos ubicaciones dentro de la enorme ciudad de Beijing, estableciéndose en los Distritos de Chaoyang y de Shunyi. Ambos Distritos ofrecen casas-habitación y servicios básicos como educación, salud y recreación adecuados al estilo de vida de los extranjeros. También cuentan con importantes lugares de abastecimiento alimenticio, donde pueden encontrar productos occidentales resultando de fácil consumo para estas familias mexicanas.

En el capítulo siguiente se detallarán los principales servicios que se ofertan en estas dos áreas de Beijing, así como las características del estilo de vida de sus habitantes lo que implica y, la repercusión en el quehacer cotidiano.

3.2. Madres de familia del gremio diplomático

Andrea (Ad): migración y maternidad

Fue una de las primeras mujeres en entrar en contacto con el trabajo de investigación, de hecho se estableció una relación de amistad con ella gracias al contacto con algunos de los diplomáticos de la embajada, alrededor de diez meses antes de dar formal inicio al proyecto. Es una de las madres de familia con mayor tiempo de estancia en China, residiendo en Beijing desde hace 6 años.

La primera impresión que causa "Ad" es de ser una mujer que aparenta mayor edad por su constitución corporal, tímida. Con un semblante serio detrás de un rostro joven, ojoso y ligeramente pálido. Ella prefiere evitar el contacto con gente extraña, sea chino o extranjero, se reconoce a sí misma como una mujer reservada, sin mucho ánimo de establecer amistades nuevas, prefiere la soledad y la comodidad de su casa, los lugares silenciosos y tranquilos; por lo que participa poco de la vida social. Específicamente, limita su actividad social a los eventos sociales que realizan en la embajada de México.

Andrea de 35 años, es originaria de la Ciudad de México, creció y se desarrolló siempre en el medio urbano compartiendo el hogar con su familia de origen: dos hermanas, sus padres y una abuela. Para Andrea el componente de la religión resulta fundamental en su sistema de valores, ya que; a través del Cristianismo Pentecostés Unicitario (que ella y su familia de origen profesan), es la forma cómo percibe la vida. La curación y sanación es a través de Jesús, la oración y la fe. Al respecto de esto último, recuerda cómo su abuela materna era quien alimentaba su vida espiritual, al ser la líder de una agrupación Pentescotal dedicada a la curación por medio del "don de lenguas"⁵, con el que contaba para ayudar a los necesitados.

⁵ Facultad milagrosa, supuestamente concedida por la divinidad, a ciertos hombres y mujeres de hablar en idiomas que no conocen.

Recuerdo cómo mi abuela estaba con gente del templo, luego ella nos decía lo que se tenía que hacer bien para portarse bien: leer la biblia, vestir como las señoritas, no andar con novio y nos ponía a todas a estarnos con ella. Andrea (Entrevista, 2012)

Los padres de Andrea provienen de un nivel socioeconómico medio, esto les permitió vivir con los suficientes recursos para que cada hija tuviera estudios universitarios. Ella acudió a la universidad pública para formarse como Contadora Fiscal. Sintiendo un gran gusto por su carrera, obtuvo sus primeros logros profesionales en la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y, gracias a esto pudo contar con cierta independencia económica.

Durante el inicio de sus estudios universitarios conoció a Antonio, quien es actualmente su esposo. Al inicio de la relación las cosas marchaban favorablemente para la pareja, pero cuando los padres de ella vieron que el joven no profesaba el cristianismo pentecostal comenzaron a interferir en la relación. A su vez, la madre de Antonio por ser católica no aceptaba con agrado la alianza de su hijo con Andrea. El primer gran problema de la joven pareja fue la diferencia religiosa, al momento de decidir formalmente su unión: La madre de Antonio le comentó a Andrea que su boda -no sería un matrimonio verdadero- por estar casados únicamente por la vía civil -sin la gracia de Dios Padre- (haciendo mención del rito católico). Esto llevaría al matrimonio -a perder validez espiritual, volviéndolo fácilmente quebrantable-. Finalmente daría cabida -para que Antonio pudiera consagrarse a otra mujer más adelante-.

Cuando ya nos íbamos a casar; yo para no tener problemas solo quería ir al civil, pero mi suegra empezó a decir que eso le daba gusto porque entonces el matrimonio no era de a de veras y su hijo al momento de separarnos podría casarse de verdad con otra. Entonces ya faltando poco dije, que siempre sí quería la boda por la iglesia y, ni modo, tuvimos que organizar todo otra vez pero no iba a darle gusto a la señora-. Andrea (Entrevista, 2012).

Ella reconoció haber sufrido con esta declaración de su suegra, pero no dio marcha atrás a su plan de casarse con Antonio y, la forma que encontró para resolver el problema que significaba “aparentar” un matrimonio fue mediante la realización de una boda católica, sin convertirse al catolicismo. Esta ceremonia de

unión ocasionó un enorme disgusto con su familia de origen, comenzando así una serie de roces entre ambas familias, que hasta la fecha sigue vigente.

La consecuencia de estos hechos también influyó en la forma de criar al hijo de Antonio y Andrea Para ello; como muestra, dos ejemplos tomados de la vida cotidiana: Mientras que el padre deseaba que el hijo a su corta edad se divierta usando disfraces de *Halloween* para el festival de la escuela, a la madre le causaba aversión, argumentando que se trata de una maligna forma de divertirse. Esta discusión llevó a los padres a suspender la participación del hijo en el festival escolar, privándolo de la interacción social con sus compañeros de grupo. El segundo ejemplo es sobre una tarea que le encargaron al niño en la escuela acerca de leyendas culturales de cada país. El padre propuso que su hijo expusiera “la creación del quinto sol” de la cosmovisión azteca, a lo cual Andrea reaccionó de manera violenta, señalando que: creer en cuentos fantásticos que no son apegados a la biblia, desencadenaría en su hijo la creencia de un mundo irreal conforme fuera creciendo, alejándolo de la religión verdadera. Esto provocó el disgusto de Antonio, quien terminó explotando de forma agresiva sintiéndose frustrado y desesperado por no poder congeniar con la diferencia de ideas.

Antonio de 36 años, realizó sus estudios en Relaciones Internacionales. Desde su licenciatura mostró gran interés por la cultura china, su política y las relaciones diplomáticas. Concurrió en el examen de admisión de la Secretaría de Relaciones Exteriores resultando electo con muy buenas calificaciones, con ello ganó una beca para estudiar mandarín, por lo que tendría que mudarse a la capital de Beijing en el año 2007. El resultado del examen orilló a la pareja de enamorados a tomar una gran decisión, pues él se iniciaría en la carrera de la diplomacia persiguiendo su sueño de vivir y trabajar en China. A partir de esto, ambos tomaron la decisión de consolidar su relación con el matrimonio, ya que Andrea gozaría de todas las ventajas de contar con un pasaporte diplomático; además de tener la oportunidad de formar un nuevo hogar lejos de la familia política. Se unieron en matrimonio cuando Andrea tenía 27 años y al respecto comenta:

Pensamos que si él se iba a ir en esto de la diplomacia y, que a eso se iba a dedicar; teníamos que estar juntos como familia por lo que, era buen momento para ya casarnos, la ventaja que estaría cerca de él sin mi suegra entrometida, aunque también el precio es estar lejos de mi familia. Andrea (Entrevista, 2012)

Migración de Andrea

Andrea se desempeñaba con éxito como contadora pública para el Servicio de Administración Tributaria, vivía casada con Antonio en el norte de la Ciudad de México, cuando llegó la orden de traslado a China emitida por parte de la Secretaría de Relaciones Exteriores. El plan laboral para Antonio era desarrollar su carrera dentro de la diplomacia asiática, iniciando con el aprendizaje del idioma mandarín en un curso intensivo con duración de un año, para poder después integrarse a las actividades de la embajada mexicana.

Para ella, la prioridad era su esposo por lo que, aceptó el cambio de vida para mudarse juntos a la ciudad de Beijing. Mientras Antonio estudiaba, “Ad” a la par aprendió el idioma, pero asistiendo a cursos particulares en institutos privados, pagando las colegiaturas con sus propios recursos. El haber aprendido al mismo tiempo el idioma mandarín, les representó una ventaja de adaptación en el país. A lo que ella menciona:

No es algo que al principio me agradara, pero con el tiempo me fui convenciendo porque no habría de otra manera. Yo nunca fui fan de lo chino, pero ver a Antonio tan contento, tenía que entrarle yo también. Andrea (Entrevista, 2012).

El proceso de inserción a la vida en Beijing fue favorable para esta pareja gracias a los diplomáticos que recibieron su llegada. La Secretaría de Relaciones Exteriores les facilitó un contenedor de barco para que trasladaran sus pertenencias personales, por lo que el matrimonio embarcó su automóvil estándar de cuatro puertas, una recámara matrimonial y todos los libros de la pareja. Al llegar a su destino, las nuevas amistades del ambiente laboral les recomendaron el departamento donde actualmente viven, un viejo piso de dos recámaras que pertenece a un *Compound* o condominio para diplomáticos, establecido desde la época de Mao, específicamente para la residencia de extranjeros.

Para Antonio resultó fácil la adaptación al nuevo ambiente, ya que contaba con un puesto laboral bien definido con oficina, horario, responsabilidades y funciones. Ello le permitió centrar su energía y tiempo en incorporarse a la vida de la Embajada a buen ritmo y sin dificultad. En cambio, Andrea reconoce que los primeros meses fueron de soledad e incertidumbre, sobre su propio proyecto personal; la falta de simpatía hacia las nuevas costumbres ocasionó que los lugares le resultaran ajenos y distantes. Ella se dedicó a continuar aprendiendo el idioma, decorar y mantener limpia la casa y, cocinar para su esposo. Esto le privó al inicio, de buscar una red de apoyo sólida, de convivencia con otras mujeres del gremio y por lo tanto su estado anímico se vio muy mermado.

Maternidad de Andrea

A los ocho meses de su llegada a Beijing, la pareja se sentía estable y decidida a concebir un hijo, se embarazó a la edad de 29 años, fue una decisión tomada por convicción para hacer crecer la familia. Vivió el desarrollo de su embarazo en China, de una forma saludable y sin episodios sorpresivos. Pero en términos anímicos, de percepción y de actitud Andrea refiere que no le resultó fácil vivir su proceso, debido a la ausencia de su madre y de sus hermanas, a quienes siempre las consideró como una fuente de apoyo. Andrea pasaba largas horas de soledad estando en casa, mientras Antonio trabajaba hasta diez horas seguidas en la embajada y, en esos momentos eran cuando más extrañaba a su familia de origen. Acepta que no lo comentó nunca con su marido para evitarle una aflicción, pero no niega que hubo momentos en que ante la idea de estar sola en un lugar ajeno, le generaba mucha tristeza y que lo único que la mantenía fuerte era la idea de la llegada de su hijo.

Una de las primeras situaciones que le generó un conflicto de tipo cultural, fue al momento de dar a luz a su primogénito. Ella llevaba su control de embarazo en la clínica para extranjeros del *Beijing United*, a cargo de una ginecóloga estadounidense de apellido Saba. El control prenatal se llevaba a cabo en el idioma inglés, había un trato cordial y sería su médica quien atendería el parto. Pero sucedió que al momento de tener las contracciones, la doctora no se

encontraba en el hospital, por lo que fue atendida por una médica china, cuya actitud fría, distante e impersonal llevó a Andrea a un estado de estrés:

Ya cuando fue tiempo de nacer (hablando de su hijo) a mí me hicieron cesárea porque llegando al hospital mi doctora de nombre Saba no estaba. Nosotros queríamos que ella me atendiera, porque ella sabía todo de mí, sabía a qué era alérgica, había llevado todo el embarazo [...] y fue un problema; porque te digo, llegamos al hospital y ya me metieron, ya me vieron y, me dijeron -no, hay que esperar a que dilate más-, entonces una doctora china me dejó allí, había de guardia una doctora china, que ni le entendía y no me gustó su trato, fría y sin conocerla [...] no me pusieron nada para agilizarme las contracciones, yo pasé ahí la noche, me pusieron la epidural porque ya no aguantaba los dolores, me iban a revisar casi cada hora, -no pues todavía no está, todavía no tiene la dilatación necesaria, ¿y a ver cómo está? y vamos a esperar a ver si de aquí a tal hora ya tiene la dilatación para que nazca- y no me pusieron nada más que la epidural, porque yo ya no aguantaba el dolor. Y solos ahí mi marido y yo esperando. Al otro día llegó muy temprano la doctora Saba, estaba muy molesta porque la doctora china no me había puesto nada para agilizarme las contracciones, porque el niño hubiera podido nacer, de la manera natural, pero ahora ya no, porque ya se me estaba saliendo toda el agua y pudo haber habido un problema por sufrimiento fetal. Entonces nació por cesárea, aunque yo no hubiera querido al principio, pero lo importante era que ya naciera bien-. Andrea (Entrevista 2012-2013).

La narración que hace en el párrafo anterior, demuestra el estrés y el conflicto que ella vivió tanto en su cuerpo como en su percepción debido a una discrepancia entre los protocolos de atención de su médica ginecóloga de cabecera y, de la médica china que la recibió en el hospital. Ella percibe una forma de omisión de tratamiento al dejarla “esperando”, durante el trabajo de parto sin mayores explicaciones o atenciones. Todo se resolvió gracias a la tranquilidad que sintió al parir a su hijo sano, salvo y sin consecuencias médicas.

En esta nueva etapa de su vida, se dedicó exclusivamente a los cuidados de su hijo recién nacido, abandonando la escuela de mandarín y dejando de frecuentar las pocas amistades* que había fomentado en ese intervalo de tiempo.

*“Ad” hizo amistad con Antonieta, cuyo esposo también formaba parte de la Embajada mexicana. Ellos llevaban un año establecidos en Beijing. Ella fue de las principales fuentes de apoyo para la adaptación de “Ad” en la ciudad durante su embarazo, sin embargo; esta familia diplomática emigró de China hacia Europa, perdiendo el contacto y la fuente de apoyo.

Al permanecer la mayor parte del tiempo en su domicilio, dejó de lado el contacto social y las amistades que había fomentado. Esto provocó que presionara a Antonio para que regresara a casa, inmediatamente después del trabajo, cortándole también a él la posibilidad de una vida social. La vida en pareja se redujo exclusivamente a la atención de su hijo, durante el primer año de vida no hubo problemas, pero Antonio comenzó a sentirse agobiado por la falta de recreación y contacto con otros colegas en el ámbito social. Andrea le reclamó fuertemente a su esposo el no estar en el hogar inmediatamente después del trabajo. Pero el ambiente laboral en la embajada, implica estar presente en eventos especiales, cenas, convivios y reuniones culturales fuera del horario de trabajo; todo lo anterior también forma parte de la vida de un diplomático, que aunque no cuente con remuneración monetaria, es importante para establecer vínculos, estrategias políticas y formar una imagen pública que consolide su carrera diplomática. Antonio lo tenía muy claro, pero para Andrea esto no era importante, lo que derivaría una vez más en conflictos matrimoniales y de convivencia.

Andrea y Antonio fueron de gran ayuda durante la realización de la investigación, ya que ambos dieron facilidades para el conocimiento de Beijing, modo de uso de transporte, recomendación de sitios como farmacias, restaurantes, tiendas alimenticias y enseres, contacto de escuelas de idiomas para extranjeros, e inclusive algunas lecciones de mandarín.

Daniela (Dd): migración y maternidad

Daniela es una mujer de 50 años que llegó a China por orden de traslado de la Secretaría de Relaciones Exteriores. Es el único caso del estudio donde ella es la proveedora económica principal de su familia y, quien tomó la decisión de llevar a su esposo y a su hijo a vivir a Beijing.

Su carácter fuerte y decidido, su forma de expresarse de manera elocuente y clara, la forma impecable de vestir en cada ocasión y sus finos modales le han ido abriendo paso en el mundo político internacional. Ella comenzó a participar en

el trabajo de investigación gracias a la referencia hecha por Antonio, quien le habló del tema y ella mostró particular interés, por su preocupación en torno al fenómeno migratorio y, porque consideraba importante compartir sus vivencias a lo largo de casi cinco años de residir en Beijing. Daniela es originaria del Distrito Federal, fue la hija de un eminente pediatra quien le inculcó; a ella y a sus dos hermanos, la importancia de ser organizada, disciplinada en los estudios y en las actividades cotidianas. En su hogar, no se permitía tener debilidad de carácter y mucho menos “holgazanería”. Desde muy joven comprendió la importancia de ser independiente económicamente hablando, por lo que siempre procuró tener una fuente de ingresos, además de obtener buenas calificaciones durante su bachillerato. Vivió en su hogar hasta la edad de 25 años, cuidando de su padre y una sobrina, hija del hermano menor.

Al egresar de la Universidad Nacional Autónoma de México, “Dd” se dedicó a la labor institucional referente a la administración deportiva. Durante casi diez años, su equipo de trabajo abrió y reformó más de catorce centros para deportistas en el país. Esto le permitió crecer en el escalafón profesional, expandiendo este proyecto deportivo a los migrantes mexicanos en Estados Unidos.

Migración de Daniela

Durante esta etapa de su vida cuyo trabajo le absorbía gran parte de su tiempo, ella admite haber hecho a un lado sus proyectos de vida personal y de vida sentimental:

De por sí siempre me dediqué al trabajo, es algo que me apasiona, no tenía cabeza para andar de novia con nadie, y menos si viajaba tanto a Atlanta, donde estaba el consulado. Nadie aguanta ese ritmo, además que no estaba tan interesada en meterme a los asuntos de maternidad, suficiente tenía con estar cuidando a mi sobrina la hija de mi hermano-. Daniela (Entrevista, 2012).

A sus 35 años, tomó una decisión radical: Mudarse a Estados Unidos, para trabajar de tiempo completo en el Consulado de Atlanta y, así poder estar de cerca

con los migrantes mexicanos que necesitaban servicios de salud, educación y asistencia consular.

Sin compromisos personales o familiares que hubieran impedido el traslado, Daniela llegó a vivir a Estados Unidos en 1996. De esta manera es como se incorpora al servicio diplomático, donde al inicio ella laboraba como empleada local. Al momento de publicarse el concurso de ingreso al área técnico-administrativa de la Secretaría de Relaciones Exteriores, “Dd” aplicó y quedó seleccionada gracias a su impecable desempeño y a las relaciones que había construido con altos funcionarios políticos. Su carrera fue en ascenso directo y se encontraba plenamente satisfecha.

Hasta ese momento, ya fue cuando pensé que era buen momento de sentar cabeza, ahí fue donde conocí a Ernesto, mi marido. Atlanta a pesar de ser grande, su comunidad mexicana es pequeña, por lo que nos conocimos en un evento del consulado. La relación duró tres años y me casé a mis 38, Ernesto es cinco años menor que yo, pero eso nunca me importó.-Daniela (Entrevista, 2012).

Ernesto contaba con 30 años de edad cuando conoció a Daniela. En ese momento, se dedicaba al negocio de la reparación de automóviles deportivos, contando con un taller de pintura y remodelación que él mismo promocionaba y procuraba. La pareja se conoció durante un evento cultural realizado por el consulado, por lo que la relación se consolidó con el paso del tiempo, ante el contacto mutuo a través de los festivales y jornadas organizadas por la sociedad de migrantes mexicanos de Atlanta y por el consulado. A pesar del fuerte carácter de Ernesto, ambos pudieron cimentar una relación basándose en la confianza, el apoyo mutuo y la comprensión. A pesar del esfuerzo e inversión de tiempo que Daniela le dedicaba a su trabajo, Ernesto optó por desempeñar algunas de las labores propias del hogar, como surtir los alimentos, cocinar, además de continuar con el negocio de mantenimiento de autos, etc.

Los siguientes años para Daniela fueron difíciles en el campo laboral, ya que de los proyectos deportivos cambió al servicio de protección consular. Vivió de cerca el proceso de repatriación de cadáveres, asistencia a mujeres en la cárcel,

traslado de enfermos, ubicación de menores de edad extraviados, pensiones alimenticias de familias sin recursos y otras actividades.⁶

-Es el lado más duro que a uno le toca vivir de los migrantes mexicanos y, que nadie se da cuenta. Durante el tiempo que estuve en los servicios de protección consular, tuve que endurecer el carácter porque se ven cosas terribles; que a veces quitan el sueño. Sobre todo porque se ve todo esto de la vulnerabilidad de la migración, la falta de oportunidades, la hostilidad de la gente. Recuerdo una vez a una madre de Oaxaca que cruzó con la hija pequeña, siendo aún bebé. Llegando a Atlanta ya los parientes de ella la recibieron. Un día salieron en auto a la tienda y en eso llegó la Migra (agentes de Migración) todos tuvieron que salir corriendo dejando a la bebé dentro del auto. La migra la recogió, la llevó a los Social Services (Servicios sociales estatales) y la dieron en adopción. Tardamos meses en encontrar al bebé y luego probar que la madre no la había abandonado. Ella se tuvo que regresar a Oaxaca por falta de papeles, y como un año después, finalmente le pudimos llevar a la niña, yo estaba ahí y viví todo el proceso de cerca. Fue doloroso; como madre que ahora soy, claro que eso marca la experiencia; esto de la angustia de separación y la impotencia de cuando eres migrante.- Daniela (Entrevista, 2012).

Maternidad de Daniela

Se embarazó intencionadamente de su único hijo estando viviendo y trabajando en Atlanta, Estados Unidos. Considerada por la medicina como una madre primigesta añosa (por tener cuarenta años en su primer embarazo), pagó grandes cantidades de dinero en estudios obstétricos para descartar anomalías genéticas en el bebé y, mantuvo sumo cuidado con gran apego, a todas las indicaciones terapéuticas hechas por médicos mexicanos y estadounidenses. Manteniendo paralelamente su control prenatal tanto en Estados Unidos como en México:

-Así me sentía doblemente segura, porque en Atlanta había tecnología para averiguar todas esas cosas de las malformaciones pero en México estaban mis doctores de confianza-. Daniela (Entrevista, 2012).

⁶ Dada su experiencia con migrantes vulnerables, “Dd” siempre se mostró sensible e interesada en el tema. Durante las entrevistas hechas en su oficina, abordaba la migración como si ella no formara parte del mismo fenómeno. Sin embargo; durante la convivencia cotidiana, resultó evidente que “Dd” no percibe, conscientemente, que también los migrantes calificados presentan problemas de vulnerabilidad al momento de vivir fuera de su país.

Daniela jamás faltó a su trabajo en el Consulado. Decidió organizarse para cumplir con cada una de sus labores que, consideraba importantes para el servicio a los migrantes. Ernesto contribuyó a la organización y mantenimiento de su hogar para preparar la llegada de su primogénito. No refiere haber presentado complicaciones médicas durante su embarazo. Para el último semestre de su embarazo y como lo marca la Ley Federal del Trabajo, Daniela solicitó autorización al Cónsul para trasladarse a México para vivir ahí su parto y puerperio. La pareja prefirió tener a su hijo en México, para que obtuviera la nacionalidad mexicana, a la vez que podrían estar cerca de sus familias. Enrique nació sin complicaciones en el año 2003, siendo un niño saludable y muy mimado, al ser el primer nieto varón de ambas familias.

Esta mujer se considera una madre responsable y a la vez práctica, quien a pesar de permitir que los abuelos paternos y el padre de Enrique lo consientan, por ser el único descendiente, ella se esmeró en demostrarle a su hijo que la vida cómoda no es sencilla y que él vive en una situación privilegiada sobre otros niños; por lo cual debe sentirse siempre agradecido y, con actitud humilde. Recuerda con mucho énfasis algo que el médico le dijo cuando Enrique era muy pequeño:

-El que llegó al mundo es él (su primogénito) así que, es él quien debe adaptarse a cómo se vive en este lugar-. Daniela (Entrevista, 2013).

Al cabo de un par de meses, luego del nacimiento de Enrique, Daniela y su familia regresaron a Atlanta para continuar con su trabajo, dentro de la sección consular. Como ella ya había ingresado a la diplomacia desde el ramo técnico administrativo, también era sujeta a traslados internacionales para trabajar en donde fuera necesaria su presencia. El sorteo que se realiza de manera programada señaló al país de India como su siguiente destino laboral.

Al enterarse de su nueva adscripción, Daniela se dio cuenta de que se trataba de una adscripción de "vida difícil". Son diez embajadas las que se les considera de vida difícil, ya sea por conflictos civiles, pobreza extrema, y/o insalubridad: Arabia Saudita, Argelia, Etiopía, Guyana, Haití, India, Kenia, Nigeria,

Venezuela y Honduras. Cuando se denominan este tipo de adscripciones, la Secretaría de Relaciones Exteriores determina que los titulares y los diplomáticos de las embajadas permanecerán hasta dos años en la zona, y en ningún caso se podrá trasladar de una adscripción de “vida difícil” a otra. Durante la estancia en aquellos países, pueden salir dos veces de la región, por cada año trabajado.

A Daniela se le había asignado el puesto de administrador para la embajada en Nueva Delhi, India. Al saber el cambio radical que tendría en su vida debido al traslado a un país sobrepoblado, con problemas de insalubridad y pobreza, “Dd” lo consultó con su esposo para evaluar la situación. Aunque representó un desafío por irse a vivir a un lugar, que ellos consideraban riesgoso para la salud de su hijo Enrique, el atractivo ingreso económico y las prestaciones, compensaban todas sus preocupaciones. Un factor decisivo en la aceptación para ir a India fue que la familia estaría únicamente dos años en Nueva Delhi.

Una vez ya establecidos en Nueva Delhi, se incorporó a su cargo como administradora, mientras que su esposo se hacía cargo de las labores domésticas del nuevo hogar y, de la crianza de Enrique, quien para entonces ya tenía 1 año de edad. La familia habitó en una pequeña casa dentro de un *Compound* especial para extranjeros, ubicado cerca de la zona de las embajadas.

Daniela trabajó jornadas completas, mientras que su marido procuró la alimentación y los cuidados necesarios a su hijo, ya que no lo inscribieron a ninguna guardería. Esto con el fin de evitar contagios de enfermedades que les resultaran extrañas, o por temor a que las encargadas de la guardería, no tuvieran el máximo cuidado con el niño.

Cuando Enrique pudo finalmente asistir a un jardín de niños, el esposo de Daniela comenzó a trabajar de manera informal, se acercó a la Embajada mexicana para realizar labores sencillas de: logística, organización y acompañamiento a los funcionarios con sus familias, que acudieran de visita al país.

Respecto a su percepción de la cultura india; la familia de Daniela fue poco comprensiva con las costumbres y, la forma de ser de los indios. Aunque ya tenían el antecedente de haber vivido en un lugar pluricultural como lo es Estados

Unidos, que incluye una gran comunidad india, la situación en Nueva Delhi era mucho más difícil y poco cómoda. “Dd” comenta con cierto desagrado:

-No es lo mismo cuando estábamos en Atlanta; comer comida hindú de vez en cuando y tener dos o tres conocidos vestidos con su ropa típica pero hablando en inglés. Con el cambio a India tuvimos que vivir en medio de muchísima gente educada de forma diferente, los vi como ventajosos, aprovechados (refiriéndose a los empleados locales de la Embajada) con una forma de pensar distinta, sin saber en qué hablan y, sobre todo la suciedad y pobreza en la que viven, es muy desagradable. Ahí viví el miedo a contraer alguna infección grave, por supuesto que mi hijo se enfermó allá, fueron experiencias no muy alegres-. Daniela (Entrevista, 2012-2013).

La relación con los empleados locales de la embajada era limitada, conflictiva y de mucha fricción, debido a que Daniela tuvo que realizar reajustes en el personal al percatarse que ocurría corrupción y sustracciones de pertenencias de la Embajada mexicana. Esto le generaba estrés, cansancio y una visión pesimista del país y de su gente. En algunas ocasiones fue víctima de engaños durante compras de enseres, muebles u objetos de uso cotidiano para su hogar, al igual que para cuestiones de su trabajo. Finalmente, su experiencia migratoria en India no les resultó como lo planearon, ya que permanecieron un total de tres años en la adscripción, con la privación de una vivienda cómoda, limitación en el acceso a la adquisición de alimentos occidentales, altos niveles de contaminación ambiental, escasos amigos locales, fricciones con los empleados locales y una negativa visión de las costumbres indias, muy diferentes a las suyas. La familia de Daniela tuvo que aceptar, a su pesar, un año más de permanencia debido a problemas burocráticos con el área de Recursos Humanos de la SRE.

Durante una convención política internacional realizada en la ciudad de Beijing, China, Daniela tuvo la oportunidad de viajar por primera vez a dicho país, quedando conmovida por la modernidad, y el contraste comparado con Nueva Delhi. Ello la motivó a presionar a sus contactos dentro de la Secretaría para que pudieran ayudarla a trasladarse de Adscripción. Por fortuna para esta familia, en el segundo sorteo realizado, se dictó la ciudad de Beijing como nuevo sitio laboral para Daniela. Esto produjo una gran motivación familiar porque, podrían mejorar

su calidad de vida comenzando de nuevo en otro país con mayores estándares de vida y con servicios enfocados a extranjeros.

El traslado de equipaje y pertenencias corrió a cargo de la Secretaría para que la familia pudiera viajar ligera a su nuevo destino. A su llegada a Beijing, el equipo de diplomáticos le dio una formal bienvenida, incorporando inmediatamente a esta participante en su nuevo puesto como encargada de logística y servicios generales para migrantes mexicanos. Entre los colegas quienes se mostraron más amables con ella se encontraba Antonio, el esposo de Andrea por lo que surgió una sincera amistad entre ellos. Esto le permitió rápidamente comprender la dinámica laboral y el estilo de trabajo que exigía el embajador.

Durante las primeras semanas de su llegada, la familia de Daniela vivió en un hotel cercano a la embajada, en lo que el contenedor con sus pertenencias arribaba. Esto generó estrés en la familia por no poder contar con su propio espacio personal para asegurarle a Enrique toda la comodidad posible.

Cuando finalmente arribaron las cosas, Ernesto se encargó de encontrar el mejor lugar para vivir, un departamento ubicado a diez minutos de la embajada, en la zona de Liangmaqiao, famosa por albergar un gran número de diplomáticos de todos los países. Él se encargó de organizar el hogar con todos los muebles y objetos traídos de India, entre los que figuraban costosas recámaras y comedores.

Enrique fue inscrito a una escuela internacional y se le contrató una Ayi para que le proveyera los cuidados necesarios en lo que ambos padres realizaban sus actividades. Por las largas horas de ausencia, Enrique estaba mucho más apegado a su padre que a Daniela. Lo que genera por momentos, mucha fricción cuando ella necesitaba corregir a su hijo de la indisciplina y, éste no la escuchaba por darle preferencia a las opiniones o a las acciones de Ernesto.

La familia de esta mujer participante cuenta con una trayectoria migratoria amplia, comenzando por su estancia en Estados Unidos. Fue en este primer destino donde fue reclutada por la Secretaría de Relaciones Exteriores, aceptando el estilo de vida fluctuante dependiente de las órdenes de traslado. Su segundo destino, India, fue el reto para su maternidad ya que viajó con su hijo de 1 año de edad, vulnerable al cambio de clima, alimentación, condiciones ambientales y

enfermedades exóticas, privación de servicios de calidad y condiciones de vida difícil. La tercera adscripción le ha resultado a esta familia, mucho más placentera a comparación de su residencia en la India. Esto se debe a las comodidades que encontraron al llegar, el nuevo círculo de amigos hecho y, sobre todo; la adaptabilidad que tiene Beijing hacia el extranjero en comparación de Nueva Delhi.

Lucía (Ld): migración y maternidad

Lucía fue contactada gracias al apoyo que se recibió por parte de Andrea, quien fue la encargada de comentarle a Lucía los objetivos del trabajo de investigación que estaba realizando. Esta madre de familia aceptó participar ya que estaba dispuesta a compartir sus experiencias que, a través del año, que llevaba viviendo en Beijing había acumulado.

Es una mujer joven de 31 años. Originaria de un pequeño pueblo del estado de Yucatán. Sus ojos negros y vivaces, su tez morena, el temperamento fuerte y el uso de un lenguaje pícaro, aderezado con su característico acento yucateco, son rasgos distintivos de esta madre de familia. Creció en un ambiente rural, rodeada de vegetación selvática y vestidos sencillos hechos en su localidad. Ella tenía abuelos mayas estrictos y, recibió una disciplina rigurosa en torno a la conducta y la forma de hablar con los mayores. Se responsabilizó de sus hermanos menores desde muy pequeña, mientras que ambos padres trabajaban en el campo y en el comercio. Ella tenía que realizar faenas domésticas, preparar las tortillas, acudir a los mandados que le encargaban y, vigilar que ninguno de sus hermanos peligrara en sus travesuras; en general, recuerda una infancia muy distante del mundo moderno e internacional en el que ahora vive.

-A mí me gustaba mucho mi casa, era modesta pero estábamos contentos porque siempre estábamos ahí pues, casi siempre andábamos a raíz, echábamos el sueño (la siesta) en hamacas bajo los árboles, nos llevaban a misa cada domingo bien peinados. Eso sí, cuando uno se portaba mal la chinga que nos metían con las varas eran bien duras, desde mi madre hasta mis abuelas-.
Lucía, (Entrevista, 2012).

Lucía estudió hasta el bachillerato en una escuela pública. Una vez que concluyó sus estudios, comenzó a trabajar como ayudante en oficinas y despachos privados. Aunque no tenía un proyecto profesional definido, le gustaba trabajar para ganarse su propio dinero y, con ello ayudar en casa de sus padres, el resto gastarlo en los bailes locales. Acepta haber sido muy “fiestera y bailadora”. Convivir con sus amigos y disfrutar de la vida social.

A los 20 años y estando en uno de los bailes locales, conoció a su actual esposo. Ella estaba decidida a no bailar con un soldado, por considerarlos a todos como personas prepotentes. Por lo que cuando Norberto, un militar oriundo de Oaxaca la invitó a bailar, ella lo rechazó rotundamente. Sus amigos insistieron y ella finalmente aceptó, a regañadientes platicar con él y convivir durante la reunión. A partir de ese momento, Norberto estuvo procurando y cortejando a Lucía durante algunos meses, sin dejar de insistir a pesar de la negativa de ella.

Cuando finalmente decidieron formalizar la relación, Norberto tuvo que ser trasladado de Yucatán hacia el norte del país, por lo que estaría lejos de Lucía. En ese momento ambos pensaron seriamente en contraer matrimonio para fundar su familia y, con esto resolver el problema que la distancia podría generar en su relación. Ninguna de las familias de los jóvenes tuvo objeción alguna para la unión, por lo que la pareja se casó por la vía civil y a través de la ceremonia religiosa de la iglesia católica. Realizando un gran festejo incluyendo a gran parte de la comunidad de Lucía con música en vivo, comida y regalos.

En esta etapa de su vida, esta participante vivió un gran cambio, ya que tuvo que despedirse de su familia de origen para mudarse y, establecerse con su nueva familia política ubicada en el Istmo de Oaxaca.

Con el ascenso de Norberto en su carrera militar, él decidió que Lucía debía permanecer cuidada y vigilada por su madre y sus hermanas durante su ausencia. Durante los primeros años de su matrimonio, ella vivió largas temporadas sin la presencia de su marido, ya que él fue comisionado para realizar misiones encubiertas en la lucha contra el narcotráfico y, con ello; no podía establecer contacto continuo con la familia, ni mucho menos revelar el tipo de actividades que realizaba, así como su ubicación.

-Eso sí me daba mucho estrés porque podían pasar dos o tres meses sin saber de él, con el Jesús en la boca, luego yo sola con mi suegra y mis cuñadas, ¿Cómo para qué me casé si nomás iba a estar sola? Pero así es la vida de ellos, hoy están aquí, mañana ya en otro lado, y una que no sabe si están bien o si les falta algo. Así es la vida de casada con un militar-. Lucía (Entrevista, 2012).

Maternidad de Lucía

Lucía tuvo con Norberto dos hijos: Joaquín quien al momento del estudio contaba con diez años de edad y Anabel, de ocho años. Ambos embarazos saludables y, bajo control prenatal con un médico particular. Ella vivió sus embarazos en ausencia de su esposo y su familia de origen; pero en compañía de su suegra, con quien mantenía una relación cordial, aunque distante por el fuerte temperamento de ambas. Norberto estuvo presente en los nacimientos gracias a las licencias que pedía en su trabajo, pero sólo le eran otorgados unos cuantos días por lo que no podía disfrutar plenamente a su mujer y a sus hijos recién nacidos.

A pesar de no haberlo revelado de forma directa, pasó por duros momentos emocionales mientras criaba a sus dos hijos pequeños, sus principales sentimientos eran el coraje y enojo contra la vida que llevaba; el marido ausente y, su suegra a quien consideraba como una mujer muy autoritaria, conflictiva y decidida a hacerse cargo de los bebés, desplazando a “Ld” por ser la nuera sin aparente experiencia.

Un aspecto muy remarcable en el trato con Lucía durante la investigación, fue el tema insistente de la ausencia de Norberto durante la primera infancia de sus hijos. Que después apareció a lo largo de su historia migratoria con repercusión en la dinámica familiar.

-Norberto por su trabajo se perdió de mucho de sus hijos. Joaquín de chiquito bien que le decía que no era su papá porque nunca estaba y, Norberto le tenía que pegar para corregirlo. Eso a mí me daba mucho coraje pues era verdad. No vio ni cuando caminaron, ni cuando hablaron, ni cuando se me enfermaron por primera vez. Él dice que de algo tiene que mantener a esta familia, que yo ya sabía lo que me iba a tocar, que es el precio por tenernos viviendo bien como gente decente, pero de que mis hijos lo sintieron bien lejos y yo lo resentí, eso es seguro-.Lucía (Entrevista, 2013).

A pesar de las fricciones con la familia política, Lucía admite que gran parte de su conocimiento respecto a la crianza materna lo obtuvo a partir de la convivencia con su suegra, esto debido a que por ser la cabeza de toda la familia, ella educaba simultáneamente a los hijos de sus hijas y, a los hijos de Lucía.

Mientras Norberto se encontraba de misión, él dejaba la orden clara que a ella no le era permitido tener un trabajo, porque no tenía ninguna necesidad económica de hacerse de un ingreso que, el propio marido ya le otorgaba. Esta fue la segunda fuente de conflictos maritales, ya que Lucía estaba acostumbrada a ser activa fuera de casa. Ella pudo convencer a su suegra para que le diera permiso de trabajar, a lo que la señora accedió, encubriéndola cada vez que le era posible. Este plan duró unos cuantos meses, ya que en la localidad pequeña donde vivían todos eran conocidos, la noticia se esparció y, Norberto finalmente se enteró. Desencadenando un enojo violento hacia su esposa y su madre.

Migración de Lucía

Esta madre y sus dos hijos, permanecieron en casa de la madre de Norberto hasta el momento en el que se le permitió concursar para merecer un periodo “sabático”, que consistía en radicar durante dos años fuera de México, en alguno de los departamentos militares ubicados en las embajadas alrededor del mundo, con la finalidad de realizar visitas a otros homólogos internacionales y elaborar agendas de trabajo en conjunto.

Lucía desconoció cuál fue el procedimiento específico para la designación del país; pero admite que, cuando Norberto le planteó el plan, ella manifestó un total desacuerdo por no querer salir de México y estar lejos de su familia. Su principal miedo era no poder comprender un idioma extraño y, las posibles consecuencias del retraso escolar para sus hijos debido al cambio. La estrategia de Norberto fue no tocar el tema con su esposa hasta que; confirmado el cambio, un buen día llegó a casa con todos los documentos y la orden de traslado a China, dando por sentado que él había tomado una buena oportunidad y, que al ser aceptado Lucía y sus hijos debían acompañarlo a Beijing.

Esto requería el abandono de escuelas y actividades en Oaxaca para sentar un nuevo hogar cerca de la Embajada y apoyar a Norberto en su decisión. Al término de dos años, la familia retornaría a México para ubicarse en otra base militar.

Este cambio no promovía, ni representaba un ascenso para Norberto dentro de su carrera militar. Tampoco era considerado como un periodo vacacional, pero si era visto de manera favorable principalmente en tres aspectos: En la cuestión salarial significaba un importante incremento, ya que el sueldo se ajustaba a dólares y, con ello la familia podría ahorrar una fuerte suma para continuar la construcción de su casa en Oaxaca. Además de apoyar económicamente a otros miembros de la familia. Segundo, Norberto podría pasar más tiempo con sus hijos ya que no saldría de misión, argumentando que la exposición al riesgo constante y la carga de trabajo disminuirían considerablemente. Y, tercero; los niños podrían aprender inglés y conocer otro país distinto a México, experiencias que difícilmente se podrían repetir en el futuro.

Para Lucía fue fácil observar que con esta decisión de mudarse a China, el proyecto de su esposo sobre el bienestar de sus hijos, estaban por encima de sus sentimientos o decisiones que ella pudiera tener respecto a la idea de dejar México. Las razones de mejora económica y, la oportunidad de ofrecerles a sus hijos un cambio que pocas familias viven, hicieron que ella aceptara el traslado sin oponerse violentamente a su esposo; aunque reconoce que, le costó mucho trabajo tomar una actitud positiva frente al cambio.

El mayor temor para Lucía era enfrentarse a un mundo totalmente nuevo y desconocido. Lejos de su familia y sus amistades. Sentía inseguridad respecto a su independencia en la vida cotidiana, donde las limitaciones del idioma eran sustanciales; ya que desconocía el inglés y, cualquier otro idioma que no fuera español. Eso podría repercutir en el estrés que le transmitiría a sus hijos y que por ello derivaría en una estancia infeliz para todos.

Fueron meses de mucho conflicto para la pareja antes y durante su traslado. Primero; por el cúmulo de sentimientos respecto a las ausencias paternas y, segundo; por el destino impuesto que era desconocido para toda la

familia. Al arribar a Beijing, Norberto se presentó en la Embajada y el colega militar que finalizaba su estancia sabática y que abandonaba el puesto que le sería cedido a Norberto, fue quien les traspasó el departamento donde su familia vivió los dos años en China. Era una pequeña residencia en medio de una colonia popular china, sin extranjeros residentes cercanos.

El lugar contaba con muebles, pantalla grande de televisión, algunos adornos mexicanos como nopales, banderas y carteles del país. La razón por la que la familia de Lucía aceptó residir en el lugar fue, porque ya era un problema menos que resolver. Todo se encontraba en orden y, a los niños les había agradado el lugar. Para Lucía fue el inicio de la cadena de factores estresores. Dado que todas las instrucciones del acceso al edificio, los vecinos, las calles, el rumbo; todo era totalmente en mandarín, sin elementos occidentales que le resultasen familiares.

Los primeros meses de estancia a la familia le resultó como un largo periodo vacacional: los niños no acudían a la escuela porque no encontraban el lugar adecuado para su educación. Por lo que veían largas horas la televisión, dormían hasta tarde, comían en restaurantes todos los días y Norberto los llevaba a pasear a los alrededores de la ciudad, gastando en entradas a museos, centros de recreación, juguetes nuevos y ropa. Al inicio esto lo tomaron con actitud positiva, pero al cabo de un tiempo, Lucía comenzó a sentirse molesta porque estaban perdiendo tiempo de educación y formación. Norberto era demasiado complaciente y permisivo, le resultaba difícil disciplinar a sus hijos.

Otro problema adicional que le desencadenó a la pareja serios conflictos maritales durante los meses siguientes a su llegada, fue que a Norberto le asignaron una asistente personal: una mujer china quien debía atenderle a cualquier momento y frente a cualquier necesidad. Esto le generó a "Ld" un tremendo problema de celos hacia la mujer, ya que Norberto pasaba demasiadas horas con ella. Para todo la consultaba, le hablaba por teléfono a todas horas y por razones que iban desde la referencia de un restaurante para comer, hasta para la adquisición de un automóvil.

3.3. Madres de familia del gremio empresarial

Marina (Me): Migración y maternidad

Una vez que las participantes se fueron familiarizando con el trabajo de investigación, fueron dando referencias de otras mujeres conocidas que podrían integrarse. Fue así como Daniela amablemente, compartió su base de datos para contactar a Marina una madre de familia originaria del Distrito Federal quien llevaba viviendo cerca de cinco años en Beijing. Al momento de presentarle la propuesta, aceptó inmediatamente. Siendo una valiosa participante, por todo el vasto conocimiento que ella se ha procurado respecto a la medicina china tradicional que, se explicará en los capítulos siguientes.

Marina luce como una mujer alta, delgada y atlética de 45 años de edad, siempre con una sonrisa en su semblante moreno y saludable. De actitud jovial y maternal, ella acostumbra vestir rutinariamente de manera conservadora, usando largos vestidos o ropa de corte amplio, adornando su apariencia con joyería discreta y ligero maquillaje.

Sobre sus orígenes; ella fue la cuarta de once hijos provenientes de un matrimonio fervientemente católico y de posición económica muy acomodada. La religión representa para Marina un pilar fundamental en su vida; ya que ella fue educada siempre en colegios femeninos católicos conservadores y, entre los miembros de su familia se encuentran ordenados: un sacerdote y dos monjas.

Durante su infancia y adolescencia fue un importante apoyo para su madre al momento de cuidar y, atender a sus siete hermanos menores. Ella los bañaba, vestía y alimentaba mientras la madre se dedicaba exclusivamente a los bebés. A pesar de contar con personal del servicio doméstico, su madre prefería delegar las responsabilidades del cuidado de los niños a sus hijos mayores. Marina mantiene recuerdos agradables respecto a esta etapa de su vida. Aunque fue pesada por no contar con muchas libertades, ya que su rutina consistía en acudir a la escuela, cuidar a sus hermanos y, atender los servicios eclesiásticos dominicales.

-Yo ya tenía 17 años cuando empecé a cuidar a mi último hermano, para entonces ya era una experta. No me daban miedo los bebés y adoraba a todos mis hermanos, éramos muchos, pero

todos muy queridos. Mi mamá nos dejaba a los hijos, me dejaba cambiarle pañales, cuando la familia es tan numerosa, los grandes crecen más rápido y valerse rápido por sí mismos y ayudar, aprenden a cuidar bebés, yo desde los diez años ya me atendía bastantes cosas yo sola de lo que era peinarme, vestirme, hacerme comida y también recuerdo dar papillas, no las preparaba pero sí sabía preparar mamilas-. Marina (Entrevista, 2012).

Al terminar el bachillerato, se inclinó por la Química y decidió cursar la licenciatura y el posgrado en Química de Alimentos, en la Universidad Nacional Autónoma de México. Durante sus estudios universitarios conoció a su esposo Carlos, quien iba en su mismo salón de clases. Ambos eran muy estudiosos, realizaban todas las actividades académicas y recreativas en conjunto. Terminaron con honores siendo unos brillantes Ingenieros en Alimentos. Mientras él ingresó directo al campo laboral en una importante empresa de alimentos procesados, enfocado en la producción de pan y productos de cereales, Marina fomentó su interés por la docencia, llevándola a impartir clases a nivel de preparatoria.

-Era un ritmo de locos, por la mañana me iba a mis clases y por las tardes entraba a trabajar en una pequeña empresita, nada serio. Estaba fascinada con este ritmo de vida, nunca descansaba pero bien que lo disfrutaba. El contacto con los jóvenes me resultaba fácil por haber cuidado a mis hermanos-. Marina (Entrevista, 2012).

A Marina le fascinaba la idea de construir su vida al lado de Carlos, quien era deportista aficionado, en especial del ciclismo de montaña, profesaba la religión católica desde su hogar y, le agradaban los niños al igual que a ella. Cuando pudieron tener mayor solvencia económica, la pareja decidió contraer matrimonio, cuando ella tenía 27 años. Ella comenta que para su familia y para sus amistades, “ya estaba pasando aceite” es decir, que contrajo nupcias a una edad que para su perspectiva se consideraba avanzada. Eso le causó un poco de angustia porque tenía la creencia que sus embarazos serían peligrosos o inestables, por lo que aumentó sus cuidados respecto a la dieta y al ejercicio. Se realizaba chequeos médicos con frecuencia y consumía de forma periódica multi-vitamínicos enfocados a mejorar el rendimiento físico.

También realizaba rezos y visitas frecuentes a la iglesia cercana a su domicilio para pedirles a Dios y a la Virgen de Guadalupe, que al momento de concebir sus hijos, éstos nacieran sanos, sin enfermedades graves que pusieran en riesgo su vida.

Maternidad de Marina

Marina vivía en la Ciudad de México al momento de cursar su primer embarazo. Tenía 31 años de edad y la noticia puso feliz a la pareja, sobre todo por haber vencido el prejuicio de la maternidad añosa. Su embarazo transcurrió sin complicaciones o eventos patológicos. Su cuidado estuvo a cargo de un ginecólogo recomendado por la familia política.

Marina refiere que su esposo Carlos, estuvo a su lado en todas las consultas médicas, cubriéndola de afecto y atenciones, lo que los consolidó como un matrimonio feliz. Él estaba dispuesto a participar en todas las labores de crianza, incluyendo aseo del bebé, cambio de pañal, alimentación en la madrugada, etc. Con tal de hacer feliz a su esposa y ser un buen padre. Además de su esposo, “Me” recibió ayuda por parte de su familia de origen y de su familia política. Este apoyo se limitó a los primeros días del posparto, ya que el resto de los cuidados los realizó ella sola por decisión propia:

-Ellas (su madre, suegra y hermanas) claro que me fueron a cuidar al principio de la cuarentena, pero ya después yo me tenía que hacer cargo sola porque eran mis bebés (refiriéndose a las dos hijas que tuvo) y yo ya sabía cómo hacerlo. Nunca dejan de dar nervios porque son pequeñitos los bebés y ya son tuyos; es tu responsabilidad directa, como mamá una se estrena, pero al menos yo estaba confiada de saber qué era lo que se tenía que hacer. Mi marido era quien siempre me ayudó a los relevos de las leches y pañales en la noche para que yo pudiera dormir bien-. Marina (Entrevista, 2012.)

Durante los primeros meses de la crianza de su primer hija, Marina vivió el reto de hacerlo fuera de México, ya que por motivos laborales decidió acompañar a su esposo a Estados Unidos. Esto representó el doble desafío de adaptarse a su primer viaje migratorio fuera del país, al mismo tiempo que debutaba como madre primeriza.

Respecto al posible estrés ocasionado por la primer maternidad, Marina lo disminuyó con el antecedente de haber cuidado de sus hermanos durante su infancia y adolescencia. Pero el estrés de viajar lejos de su familia, de no saber con qué recursos contaría para cuidar de la mejor forma a su bebita, el idioma inglés que aunque lo sabía hablar y escribir no lo dominaba en su totalidad, representaron un problema a enfrentar.

-No es lo mismo la marca de leche que uno conoce aquí en México, o las verduras del mercado que se venden frescas para preparar las papillas de la chiquita (su hija) a comparación los Gerber's gringos que se venden sin saber qué contienen, esto lo digo porque si me preocupé al principio por saber con qué cosas le iba a poder dar a mi hija para cuidarla, ella que ni al año de edad llegaba y yo ya viajando con Carlos a otro lugar-. Marina (Entrevista, 2012).

Migración de Marina

A los seis meses del nacimiento de su primer hija Mariela; a Carlos se le comisionó para viajar a Kansas, Estados Unidos, donde realizaría un curso sobre panificación industrial. Esto requería del traslado de toda la familia, ya que sería por un largo periodo de tiempo, en el que Carlos quería vivir de cerca el crecimiento de Mariela. Después de haberlo platicado, la pareja estuvo de acuerdo en partir. La razón por la que aceptaron el viaje fue, porque representaba a futuro una herramienta para el ascenso laboral dentro de la empresa al momento de regresar a la Ciudad de México.

Así fue como esta participante hizo su primer viaje migratorio como madre de familia, cuidando de su pequeña bebé y procurando hacerse de un nuevo hogar, en un territorio que ni siquiera conocía. A pesar de haber estudiado inglés en el colegio, ella recuerda que el vocabulario y el acento que ella manejaba le resultaban insuficientes para poder darse a entender de manera fluida con la gente local. Mientras su esposo atendía su curso durante el día, Marina se las arreglaba sola con el hogar, las compras, el banco y el cuidado de la niña.

Una de las dificultades percibidas por la pareja durante su estancia en Estados Unidos fue la cuestión económica. Por un lado, aunque la empresa solventó los gastos de viáticos y la renta de la casa donde habitaron, el ingreso

que percibía Carlos era el equivalente a pesos mexicanos según el tabulador establecido por la empresa, y no les era suficiente. El sueldo cubría los gastos cotidianos del día a día, ya que el costo de vida en Kansas era casi del doble a comparación de la Ciudad de México. Esto llevó a la pareja a adecuar su consumo de alimentos y ajustar el transporte, las salidas recreativas y hasta la vestimenta.

Marina tuvo que buscar organizaciones civiles y clínicas de dispensarios para buscar la atención médica y la estimulación infantil de Mariela a bajo costo y sin la dificultad del idioma. Para una pequeña ciudad como lo era Kansas en esa época, el acceso a estos servicios era muy limitado, lo que generó en Marina angustia y estrés frente al proceso de salud y de crecimiento de su primogénita. Para solventar esta situación, se acercó a la universidad local y ofreció intercambiar clases de español con estudiantes universitarios quienes tiempo después se convirtieron en amistades e intérpretes voluntarios, colaborando así para trámites, gastos y situaciones cotidianas donde esta mujer no comprendiera el idioma.

Siete meses estuvo la familia en Estados Unidos y regresaron al Distrito Federal en el año 2000. Carlos, continuaba en la misma empresa panificadora pero con la nueva oficina ubicada en Toluca. Por lo que tenía que trasladarse diariamente entre ambas ciudades. Marina por su parte, cursó su segundo embarazo a la edad de 33 años, trabajaba siendo docente en una escuela preparatoria privada.

La familia mantuvo este ritmo de vida hasta el momento en que, ambas hijas comenzaron a desconocer a Carlos. Porque, nunca convivía con ellas debido al pesado ritmo de trabajo, más las horas de traslado hasta llegar a casa... Esta reacción de las hijas causó gran aflicción a los padres, quienes decidieron mudarse a Toluca. Para Marina representó otro fuerte cambio, y el tema de los cuidados médicos la agobiaba.

El médico de las niñas era un pediatra ubicado en la Ciudad de México, por lo que en cada consulta la madre tenía que trasladarse de una ciudad a otra:

-Como su pediatra estaba en México, ahí estuvo un poco de problema porque México y Toluca prácticamente están cerca, pero hay carretera de por medio, hasta el mismo pediatra me decía que

no puedo yo sola agarrando la carretera con las dos niñas, y luego regrésate de noche, atravesar la autopista, él me decía que yo tenía que conseguir un peditra en Toluca, pero yo prefería hacerlo para irlo a ver sólo a él-. Marina (Entrevista, 2012).

Ella recuerda que no fue una época fácil, debido a que nunca se sintió contenta de vivir en esa ciudad. Aceptaba que lo hacía por mantener unida a la familia y para que las niñas se relacionaran más con su papá, pero ella no era feliz.

En el 2006 la empresa panificadora donde labora Carlos, anunció que se abrirían puestos directivos para la nueva planta productora internacional que estaba por inaugurarse. Carlos animado por escalar otro eslabón pidió ser considerado para la vacante y resultó elegido. Pero la mayor sorpresa vino después. Cuando le comentaron sus superiores que el puesto era, para la planta ubicada en la ciudad china de Beijing.

A Marina la noticia le causó una desilusión. Ella había pensado en que posiblemente la vacante sería para regresar a alguna ciudad norteamericana, o en el último de los casos, algún país sudamericano:

-En lo último que pensé fue China, ¿Por qué la empresa estaba en Asia? No sabíamos de esa expansión, pero finalmente era abrir el mercado allá y para eso mi marido estaba contemplado. La empresa sabemos que es importante, de las principales a nivel mundial, y sabíamos que se venía pesado empezar de cero en China con algo tan importante. Pero con la fe en Dios y la oportunidad de que Carlos tomara ese puesto, decidimos viajar para allá. Antes de eso, hicimos una lista con las cosas que necesitaríamos para vivir bien porque, ya no queríamos pasar por lo mismo que sufrimos en Kansas-. Marina (Entrevista 2012-2013).

La familia de Marina no estaba dispuesta a volver a pasar por las restricciones económicas que sufrieron en su primera trayectoria migratoria, por lo que el día de la reunión con los superiores, Carlos llegó con una lista petitoria que pedía que la empresa se hiciera responsable de los gastos de colegiaturas de escuelas, transporte, viáticos y renta. Para su agrado, su nuevo jefe le había preparado la misma listad en forma de oferta. La empresa cubriría el traslado y la estancia, a condición de que hicieran un viaje de reconocimiento en compañía de Marina. Al ser una empresa de perfil familiar, consideraban importante que las

esposas de los empresarios participaran en dicho viaje, conocieran la ciudad y se aseguraran que estaban de acuerdo con el cambio, pues esto implicaba una enorme inversión por parte de la empresa.

A Marina le agradó la idea. La pareja voló hasta Beijing para recorrerla en una semana. Los conectaron con una agencia especial de viajes, donde un intérprete que hablaba excelente inglés los llevó a recorrer colegios y residencias tanto en Shunyi como en Chaoyang. A ella no le agradó la idea de vivir en Shunyi por la distancia respecto a la zona de extranjeros de Sanlitun y, el trabajo de Carlos. Así que optaron por un departamento cerca del parque de Chaoyang. La pareja regresó a México con departamento y escuela elegidos para que Mariela y María (que asistían ya en escuela primaria) pudieran llegar a la nueva ciudad con mayor seguridad y comodidad.

Unas semanas antes de la partida a China, a ella le sobrevino una otitis media aguda que le irradió el dolor a toda la mitad del rostro. La molestia era insoportable, por lo que tuvo que recurrir a varios especialistas para recibir tratamiento, pues se encontraba verdaderamente preocupada por viajar enferma. La medicaron con fármacos agresivos tipos esteroides que apenas controlaban su sintomatología.

Al llegar a Beijing, Marina se contactó a la Embajada de México para registrar a la familia como habitantes de la ciudad. Es un procedimiento necesario con fines de protección consular. Al entablar amistad con las mujeres de la embajada, una de ellas le recomendó a la doctora Liu. Médica tradicional china, que podría ayudarle con el problema del oído que no mejoraba. Y así fue: Marina acudió con la médica, recibió tratamiento con acupuntura y esta experiencia en carne propia con la medicina tradicional china, le cambió la visión del cuerpo, la salud y, la enfermedad para siempre.

Toda la familia comenzó a adaptarse a la ciudad con relativa dificultad, pues Carlos tiene que desplazarse diariamente hasta el otro extremo de la ciudad para acudir a la oficina, al inicio se perdía con facilidad en las calles y direcciones, ocasionando retrasos y demoras en su trabajo. Marina se encargó del hogar, las hijas y su preparación hacia su nueva escuela.

-Mis hijas al principio lloraron mucho, porque no entendían nada, si sabían inglés pero hablarlo todo el día, todo el tiempo, es algo cansado, hasta yo me cansé, no está uno acostumbrado. Extrañaban mucho a sus amiguitos, las clases no les gustaban por el idioma, fue difícil porque ya luego resultó que no querían ir a la escuela. Carlos y yo hablábamos con ellas, les decíamos que pronto les iba a gustar, que tuvieran paciencia. Yo me encomendé mucho a Dios para que pronto pudiéramos estar mejor. Yo no podía verme triste porque ¿sabes? La mujer es el pilar de la casa, si la ven a uno triste, todos se ponen igual-. Marina (Entrevista, 2012-2013).

Una de las estrategias que empleó Marina para hacerlas sentir como en su hogar mexicano, fue decorar el departamento y la recámara de las hijas justo como lo tenían en el Distrito Federal. Para Marina, era importante reconfortarlas mediante todos sus objetos personales (ella dice que viajó hasta con las mismas sábanas de las camas) para hacerlas sentir en su propio espacio. Lo segundo fue a través de la comida, ya que para esta familia la comida mexicana era sinónimo de sentirse acogidos y no olvidados de sus raíces.

Esta mujer comenzó a aprender el idioma mandarín de manera intensa y continua. Esto le permitió con facilidad insertarse a la sociedad receptora, hacer compras y amistades. Ayudarles a sus hijas con las tareas de la escuela. Asimismo, estudio medicina tradicional china, después de su encuentro con la Dra. Liu por el problema de oído. Cursó las materias en mandarín, abriéndose al conocimiento médico tradicional de manera directa.

Marina fue de gran ayuda para invitar a la investigación a dos participantes importantes: Leticia y Carmen. Esta última mujer fue de gran valor para la investigación, ya que al trabajar como intérprete y en los servicios de atención al cliente del hospital Beijing Unido; permitió un acercamiento a la política de la clínica y conocer de cerca su funcionamiento y, experiencias interculturales de lo que se abordará a detalle en capítulos siguientes.

Leticia (Le): Migración y maternidad

Leticia fue contactada gracias a Marina, quien fue la persona encargada de presentarnos y que Leticia aceptara participar en el estudio. Ambas mujeres llegaron al mismo tiempo a la ciudad de Beijing, estableciendo lazos de amistad

desde el inicio. Ambos esposos laboran para la misma empresa panificadora, siendo los encargados de abrir la planta en China para competir con el mercado regional.

Ella es originaria de Ocotlán Jalisco, tiene 40 años. Es una mujer con fenotipo característico del norte del país: tez blanca, cabello oscuro, ojos grandes, alta, delgada, con un acento al hablar ligeramente marcado. De carácter fuerte, sincera, habla sin miramientos y, le agrada ser directa durante las conversaciones. En el transcurso de la convivencia, ella ejerce la acción de morderse las uñas, mientras más profundo sea el tema platicado (concerniente a la familia, a los conflictos maritales, o a sus sentimientos), más intensa la acción, denotando un claro nerviosismo.

Creció en el seno de una familia profundamente católica, al igual que Marina. Sus padres conservadores, le negaron el permiso para socializar con jóvenes durante su adolescencia y temprana juventud. Ella recuerda que los domingos era obligatorio asistir a la iglesia con toda la familia y, que en ocasiones se prolongaba por la tarde si había que rezar algún rosario. En esa época solo era cuestión de obediencia, pero no era tan afecta a profesar fervientemente la religión. Ella cree firmemente en sus valores y enseñanzas, pero al momento de las prácticas religiosas, solo asistía a las misas dominicales, siempre y cuando no intervinieran otros eventos familiares.

Acudió a colegios privados en Guadalajara, despertando su interés por las ciencias y las matemáticas. Al momento de elegir una carrera, optó por la contaduría, ya que le parecía una profesión práctica y con mucha demanda. Durante sus estudios universitarios en un colegio privado, conoció a su actual esposo; Daniel, quien iba en la misma generación que Leticia.

Su romance fue el resultado de una larga convivencia. Ella recuerda cómo la misma profesión y el compartir los mismos gustos académicos llevó a la pareja a tomar en serio la relación. Daniel conversó con los padres de Leticia para pedir su autorización para cortejarla, a lo que éstos aceptaron sin contratiempos.

La pareja se unió en matrimonio civil y católico una vez terminados los estudios universitarios, trasladándose a la Ciudad de México en búsqueda de

trabajo. Daniel se incorporó a la empresa panificadora más importante del país y comenzó el ascenso de su profesión al desempeñarse de manera impecable y ambiciosa.

Leticia no ejerció la profesión de manera constante. Se dedicó al hogar y a cimentar su nueva estancia en el Distrito Federal. Ella recuerda que el cambio le pareció importante porque necesitaba establecer nuevas amistades para no sentir la lejanía de su familia. Ella al considerarse una mujer fuerte, pudo vencer la enormidad y el caos de la capital, se ambientó a moverse en el tráfico, el cúmulo de gente en los sitios públicos y a la contaminación ambiental.

Maternidad de Leticia

Leticia cursó su primer embarazo planeado a la edad de 30 años. Daniel se encontraba en la cúspide de su carrera profesional, por lo que decidieron hacer crecer a la familia. La madre primigesta contó con todos los recursos de salud privados para disfrutar su embarazo, aunque el único problema que encontró fue la fricción de su suegra al momento de orientarla:

-La señora y yo nos hemos respetado toda la vida, pero sinceramente no me agradaba la forma en que ella quería mandarme sobre qué hacer y qué no hacer con mis hijos, desde que estaba embarazada ya opinaba del cómo hacer para que no pasara nada. Al principio pues das las gracias, pero después se vuelve tormento. Y más porque las dos somos de carácter fuerte, y mi marido siempre ha quedado en medio de todo el lío, sin decir nada. Le cuesta trabajo separarse de su mamá y él le daba la razón respecto a sus palabras durante mis embarazos-. Leticia (Entrevista, 2012.)

Darío, el primogénito, nació sin complicación alguna. Fue una alegría familiar recibirlo en casa, aunque ella recuerda que Daniel se encontraba en ocasiones ausente por cuestiones laborales. Para la crianza de su hijo la madre y las hermanas mayores de Leticia, fueron un gran referente. La asistieron durante toda su cuarentena y le mostraron los cuidados básicos para su hijo. En ocasiones, la suegra también intervenía, ocasionando conflictos por cuestiones tan sencillas como la hora del baño o la elección de la ropa para el bebé. Leticia

siempre acusó las fricciones de su suegra con su esposo, sin recibir ninguna contestación por parte de éste.

A los dos años del nacimiento de Darío, Leticia dio a luz a su hija, Antonieta. Para su segunda experiencia materna ya contaba con mayor confianza y experiencia, pues al llevarse únicamente dos años de diferencia, ella recuerda que sus conocimientos “estaban frescos”; es decir, tenía a la mano desde los artículos para el bebé como cunas, sillitas y tinas, hasta la ropa y objetos de baño. Para su segundo parto la familia materna estuvo a su lado, contando con el mismo apoyo de las mujeres cercanas. La suegra en esta segunda ocasión dejó de presionarla un poco, ella estaba al cuidado de sus dos hijos pequeños y, no tenía ánimo de fricciones.

Durante esa época de su vida, Leticia dedicó toda su energía a la crianza de sus hijos, quienes asistieron a escuelas privadas desde la guardería. Ella realizaba pequeños trabajos de contaduría privada, pero jamás permitió que la profesión se antepusiera al cuidado de los hijos. Trabajaba desde casa y con contratos pequeños para poder estar al pendiente de sus dos descendientes.

Conforme fueron creciendo, Leticia comenzó a notar la diferencia en cuanto a carácter y preferencia de sus dos hijos. Darío resultó ser un niño delicado en cuanto a trato y convivencia, llorando fácilmente si algo no le agradaba, pasivo frente a los compañeritos más grandes que él y muy tímido para socializar. Sin embargo; Antonieta, fue desde pequeña de temple pesado, agresiva si no se le cumplían sus demandas, poco enfermiza, inquieta y rebelde ante la disciplina de Leticia. Ella comenzó a desesperarse por la actitud de la hija, y a partir de ahí comenzó a marcar diferencias respecto a disciplina, siendo más severa con la forma de corregir a la hija en comparación del hijo, a quien mimaba por su conducta menos desafiante:

-Antonieta es muy fuerte, siempre ha estado bien en deportes, desde chiquita se mostró así. Pero también me saca canas, esa niña es muy irreverente, no sé qué le pasa, en México me mandaban llamar de la escuela, no se quería comportar, no quería hacer nada. Y mira que la he castigado de todo, no he llegado a los golpes, eso no, pero si con llevarla a su cuarto, quitarle la tele, los juguetes... y nada. Lo hace todo adrede para hacerme enfadar. En cambio, Darío es un angelito, desde chiquito no me dio ningún problema, es más portado que Antonieta. La verdad pues si veo

que al no necesito castigarlo, bueno solo cuando me desespera mucho, pero eso casi no pasa-.Leticia (Entrevista, 2013.)

Leticia cursó su tercer embarazo estando viviendo en Beijing, cuando Darío y Antonieta tenían 9 y 7 años respectivamente. La noticia la tomó por sorpresa pues no esperaba embarazarse a sus 39 años, cuando vivía lejos de México y de sus médicos de confianza. Pero aceptó con gusto la llegada de David, su tercer y último hijo, atendiéndose en la clínica de Beijing Unido, viviendo de cerca la búsqueda de un médico de confianza, que la hiciera sentir segura con el riesgo de su edad y de estar viviendo fuera de su país. Afortunadamente, una médico alemana ginecóloga que la atendió, cursaba las mismas semanas de gestación, lo que provocó en Leticia una identificación inmediata y mayor confianza respecto a la empatía con la médica. Esto le permitió sentirse mejor al riesgo de su edad, y acudir a las consultas médicas de control con mucha más relajación, porque podían conversar sobre sitios frecuentados, tiendas de artículos para bebés, etc.

Uno de los factores que le ayudó a sentirse segura con su último embarazo fue el apoyo de las mujeres amigas que pertenecían a su red social. Aunque no eran mexicanas. Al hablar español le permitían a Leticia contar sus angustias y preocupaciones respecto a parir a su hijo a la edad que tenía, los productos caseros de confianza y a no enfermarse durante su embarazo para perjudicar a su bebé. Varias de sus amigas le obsequiaban objetos para el niño, además que la acompañaban y animaban a sentirse tranquila durante esta etapa.

Migración de Leticia

Daniel recibió la oferta de mudarse a Beijing para abrir la nueva planta de la panificadora, misma oferta que le ofrecieron a Carlos, el esposo de Marina y a otras dos familias mexicanas.

En todos los casos, la empresa se comprometió a ofrecer el viaje de reconocimiento a las parejas para que las esposas miraran de cerca las condiciones en donde iban a vivir como familia, con todos los gastos de colegiaturas y vivienda cubiertos, además de los boletos de avión con destino a México dos veces al año para que la familia pudiera viajar de regreso a su país.

Los términos serían permanecer en China por lo menos cinco años, todo dependiendo de la respuesta del mercado respecto a los productos de la panificadora y la consolidación de la planta. Leticia miró el traslado con cierta desconfianza, sobre todo porque sus dos hijos pequeños estarían en un lugar tan “extraño” como lo era China:

-Pensamos que Daniel debía crecer en la empresa, pero la única forma era venir aquí (Beijing) entonces, pues decidimos hacer el viaje de reconocimiento, yo si me lo imaginaba todo diferente, primero porque si está muy moderno, Shunyi (el distrito donde habitan) tiene condominios hermosos y escuelas de primer nivel entonces, nos animamos, pero si me preocupé porque mis hijos no fueran a sentirse mal con la idea de verse diferentes a los chinitos-. Leticia (Entrevista, 2012).

La familia emprendió el viaje con todos los gastos pagados de México a Beijing. Eligieron vivir en el Distrito de Shunyi porque otra familia mexicana que laboraba en la misma empresa ya se había establecido ahí, les agradaron las cosas occidentalizadas, las escuelas y el ambiente extranjero. El esposo de Leticia tuvo que trasladarse de Shunyi a la ciudad todos los días, que en ocasiones le demora más de dos horas de viaje, pero la decisión de vivir lejos de la fuente de trabajo fue pensando en que la casa, la escuela y la comodidad de los hijos viviendo en un circuito cerrado era lo más importante.

Ella se encargó de hacer una gran compra de enseres y artefactos caseros para su nueva residencia. Al llegar a su nueva casa, se percató del cambio de voltaje, que provocó un daño permanente a muchos electrodomésticos, lo que le generó mucho enojo por el gasto realizado inútilmente.

Los hijos fueron inscritos en un colegio internacional privado con sistema de educación inglés, con clases en el idioma británico con maestros nativos. El segundo idioma era mandarín, sobre todo para las materias de matemáticas y ciencias, lo que resultó muy difícil para los niños en el inicio. Afortunadamente, dicho colegio contaba con clases especiales de regularización, pensando en todos los niños que venían del extranjero con diferentes niveles de formación educativa, por lo que en seis meses, los niños lograron incorporarse a su nuevo grupo de generación.

Mientras ellos se adaptaban a su nueva escuela, ella se encargó de tomar clases particulares de mandarín con una maestra que acudía a su domicilio. Esta decisión la tomó por recomendación de las nuevas amigas del rumbo quienes le refirieron a la maestra. Esta forma de aprendizaje la realizó durante seis meses, después se integró a un grupo de mujeres de su edad quienes estaban estudiando mandarín y, organizando talleres de conversación con otra maestra que manejaba un buen nivel de inglés, era paciente y les enseñaba lo esencial en mandarín. Leticia estudió durante dos años el idioma, de manera intermitente:

-Me emocionó la idea de aprender el idioma, pero luego que vi lo difícil que era, me dio un poco de flojera, por eso cambié de las clases particulares al grupo de mujeres. Eso me gustó porque convivía y conocía otras mujeres, creo que si avancé un poco con el idioma, pero lo que más me ayudó a mí para aprenderlo fue la Ayi y la televisión, yo miro mucha tele, sobre todo programas de cocina, entonces lo que no entendía lo preguntaba y así fui aprendiendo, además es el vocabulario que más se usa, el de la comida y la casa con la Ayi-. Leticia (Entrevista, 2012).

Leticia en general comprendió la importancia del uso del idioma para ayudarles a sus hijos a realizar sus tareas, comprenderse mejor con la empleada doméstica “Ayi” y, poder ver los programas de cocina de la televisión. Le despertó curiosidad y tuvo un cierto acercamiento a la sociedad receptora. De igual forma hizo su esposo con el aprendizaje del mandarín que, le permitió acercarse a los empleados locales de la empresa. En términos de esta mujer, ambos aprendieron el idioma pero Daniel lo domina con destreza debido al uso constante que le da en su trabajo.

Pilar (Pe): Migración y maternidad

El contacto con Pilar se dio a través de las mujeres latinas que formaban parte del círculo de amistades de la comunidad mexicana de la Embajada. Con cada evento que se realiza en torno a Fiestas Patrias, Día de Muertos o eventos culturales, las mujeres se reúnen e invitan a más familias o, a mexicanos que residen en Beijing. Así fue el caso para Pilar, quien aceptó participar en el trabajo de investigación después de una amena charla en el patio de la Embajada.

Pilar es una mujer de 50 años, originaria de la ciudad de Fresnillo Zacatecas. De tez blanca, ojos azules, cabello rubio y de trato muy dulce. Sus padres con oficio de comerciantes le mostraron el valor del trabajo y la voluntad de aspirar a profesiones ambiciosas. Ella refiere que su relación siempre fue mucho más cercana con su padre que con su madre; ya que era una mujer no muy dada a brindar afecto, prefiriendo el trato con sus dos hermanos hombres.

-Mira yo nunca fui de estar en mi casa, yo siempre fui muy independiente, por eso casi no estoy cerca de mi mamá, la mamá te detiene y todo eso... por eso es con mi papá, es diferente la relación, por eso me llevaba mucho mejor con mi papá-. Pilar (Entrevista, 2012).

A la edad de 17 años se fue de intercambio a Estados Unidos para aprender el idioma. Permaneció un año y a su regreso se inscribió a la Universidad de Guadalajara para estudiar Empresas Turísticas. Al término de su carrera, trabajó en diversos hoteles en zonas costeras del país, siempre realizando trabajo administrativo.

Durante un periodo vacacional en la Ciudad de México, una prima sobrecargo la invitó a realizar el examen de selección para trabajar dentro de una empresa de vuelos comerciales. Pilar convencida por los beneficios que podría obtener, acudió a entregar los papeles, realizó los exámenes de cultura general, historia, idiomas y pruebas psicométricas, resultando finalmente seleccionada.

Por más de quince años su labor fue atender a los pasajeros que volaban en una reconocida empresa mexicana aeronáutica. Esta profesión la llevó a recorrer casi todos los destinos del país, le brindó el status social y económico que siempre había anhelado. Con esmero y dedicación logró ascender a sobrecargo para vuelos internacionales, las rutas principales eran Estados Unidos, Canadá y Europa:

-Para ser sobrecargo no es sólo ser bonita. Si es un criterio de selección que la empresa siempre considera, pero hay que saber muchas otras cosas más, como atender al pasajero bajo presión, en otro idioma, saber primeros auxilios, atender casos de crisis, saber detectar situaciones de riesgo, pasar largas jornadas de pie, con cambios de horario, de comidas, de ambientes, hoy estás en un destino y mañana en otro, luego no sabes ni en qué ciudad amaneces. Pero cuando superas ciertas pruebas te van llamando para cubrir los vuelos más largos, más interesantes, porque no es

lo mismo un vuelo comercial a Monterrey que a París. Cuando empecé a hacer viajes internacionales, era la más feliz del mundo. Con el tiempo, descubrí que no puedes hacer lazos afectivos salvo con tu tripulación. Ellos se vuelven tu familia en el aire, y así fue por muchos años. Ellos se volvieron mi familia-. Pilar (Entrevista, 2012).

Al respecto, Pilar comenta que duró muchos años de su vida dedicada por entero a viajar. Incluso recuerda con picardía que dada su belleza, se dejó cortejar por estrellas famosas y ricos empresarios que utilizaban la aerolínea y se dejaban atender por ella. Ser sobrecargo la hacía sentir especial, importante, productiva, habiendo cumplido la meta que desde la infancia se propuso, ser el motivo de orgullo familiar. Viviendo en el Distrito Federal, logró reunir el dinero suficiente para comprarse una casa propia, un local que rentaba como comercio, dos autos, un chofer y personal de servicio. Se daba una vida de lujo y glamur que había logrado con mucho esfuerzo.

A la edad de 35 años conoció a Francisco, su actual esposo. Él era piloto de la misma tripulación en donde viajaba Pilar. Comenta que en el mundo de los aviones, todo mundo se conoce, llega a intimar, a formar lazos, por la cantidad de tiempo que permanecen en el aire. Francisco era un hombre inteligente y simpático que comenzó a llamarle la atención, y por cada vuelo que permanecían juntos, su romance se consolidaba. Decidieron vivir en unión libre por espacio de un año hasta el momento de quedar embarazados.

Maternidad de Pilar

Pilar y Francisco estaban activos en los vuelos cuando Pilar se embarazó. Ella comenta que su experiencia fue especial:

-Yo ya sabía ese día, 10 minutos después de haber tenido relaciones, así ese día yo ya sabía que había quedado embarazada. Es más... hasta me dio sueño y de repente por Dios que algo sentí, volteo y le digo a Francisco, estoy embarazada, él se moría de risa. Pero después de ahí me fui en uno de los vuelos a Los Ángeles a comprar cosas para el bebé. Nadie me creía. Como al mes me hice la prueba de embarazo y ya era positiva-. Pilar (Entrevista, 2012).

Los padres de Pilar reaccionaron con enojo frente al embarazo de su hija. A pesar de haber tenido 36 años cuando se embarazó de su primer hijo, la madre le

comentó: que no estaba de acuerdo en tener una familia, si no estaba casada con el padre de la criatura. Su padre le retiró el habla durante un tiempo. Hasta que se casó por la vía civil y religiosa, los padres estuvieron de acuerdo con la maternidad de ella. Esto demoró un poco la aceptación de Francisco en la familia, pero finalmente las fricciones se superaron.

A los dos años del nacimiento de Fernando nació Ana. En ambos embarazos tuvo un adecuado control prenatal, sin complicaciones o enfermedades ginecológicas. Trabajó lo estipulado en la Ley Federal del Trabajo, recibiendo el apoyo de sus colegas y la consideración de sus superiores. La maternidad a “Pe” le cambió la vida, aunque no se reconoce como madre añosa, acepta que después de ser madre le cambió la personalidad:

-Yo de niños no sabía nada, en mi vida había cambiado un pañal, me daba miedo al principio, pero cuando llegó a cuidarme mi mamá, yo no dejé que lo tocara nadie, me decían: pero te ayudo, y yo no confiaba en nadie. Todos sabían más que yo, pero yo no podía soltarlo, me enseñaron a bañarlo una vez en el hospital y era como si supiera todo. El día que nacieron mis hijos, yo nací como otra persona. Antes de ellos yo era muy relajado, súper aventada, nada me daba miedo, era autosuficiente siempre, pero nomás nacieron mis hijos y, me volví miedosa, me cambió la perspectiva de la vida, de mi manera de pensar, mucho de lo que antes ni me interesaba o preocupaba, ahora lo veo, me hice más obsesiva y miedosa.- Pilar (Enrevista 2012-2013).

Migración de Pilar

La familia de Pilar vivía en la zona norte del Distrito Federal, en una lujosa casa con dos autos, disfrutaban del piano de cola que habían adquirido y en sus tiempos libres Pilar usaba su máquina de bordado para diseñar ropa a sus hijos, quienes iban a un colegio privado de mucho prestigio en la ciudad. Contaban además con una nana quien los cuidaba cuando los padres se ausentaban por trabajo, acudían a clases de gimnasia, viajaban dos veces al año fuera de México para vacacionar y su calidad de vida era inmejorable.

En 2010, la compañía de aviación donde laboraba esta familia comenzó un problema de concurso mercantil para su reestructuración financiera⁷, por lo que, tanto Pilar como Fernando lucharon durante muchos meses junto con otros miembros del sindicato de sobrecargos y pilotos, para poder conservar su fuente de trabajo.

Fueron muchos meses de tensión y angustia, ya que en un ambiente laboral como en el que ellos trabajaban, difícilmente se conseguiría otro puesto similar en caso de perder su plaza. Pasaban días enteros sin dormir, realizando vuelos con la incertidumbre de regresar a México y encontrarse con la terrible noticia de haber sido despedidos. Con tristeza y lágrimas en los ojos recuerda esta mujer cómo iba despidiendo amigos y amigas de distintas tripulaciones:

-Eran mi familia, todos éramos muy unidos, nos dábamos la mano en todo momento. Fue espantoso ver como gente de veinte, treinta años trabajando en la empresa, de pronto se veían sin nada, ni a dónde acudir, sin pensiones, sin sus retiros, sin saber de quién apoyarse porque todos estábamos igual, en la cuerda floja. Y finalmente nos alcanzó a Francisco y a mí vivir la misma desgracia. Es un enojo y resentimiento enorme que hay hacia el país, hacia la corrupción e injusticia de los altos mandos, del gobierno, de los diputados, de los que nunca hicieron nada por salvarnos. Me partieron la vida, el corazón y el sueño de haber servido en esa empresa hasta el último día-. Pilar (Entrevista, 2012).

Cuando la pareja se encontró desempleada, hicieron uso de sus ahorros para continuar pagando la escuela de sus hijos y los gastos corrientes, lo cual les duró un año. Francisco comenzó a contactar a los agentes de contratación llamados “*brokers*” y uno de ellos le comentó la posibilidad trabajar en China, donde la alta demanda de vuelos nacionales e internacionales exigía la expansión de las tripulaciones. Las condiciones de trabajo no eran las ideales, ya que el salario, las jornadas y la forma de laborar eran muy distintas a lo acostumbrado en México.

⁷ Al inicio del problema, el sindicato de pilotos y sobrecargos ofreció la reducción de una plantilla de 1.500 trabajadores en tierra como una alternativa de solución. En abril de 2014, se finalizó el concurso mercantil y se declaró en quiebra la compañía, así como de sus empresas filiales.

Al no tener otra oportunidad, Francisco lo comentó con Pilar. El matrimonio estuvo de acuerdo con probar suerte en un nuevo destino, por lo que tuvieron que vender sus pertenencias y comenzar de nuevo en otro país:

-Yo dejé mi casa, mis cosas cabían en dos maletas, hablo del sueño de mi vida perdido, mi piano y mi máquina de coser bordadora los tuve que regalar, todo lo que tenía invertido en un negocio de 150 mil pesos, todo lo regalé, vendí mi auto, mis muebles, todo. Mi vida cupo de pronto en dos maletas, después de tanto que habíamos logrado. Estaba muy mal, muy deprimida, Francisco igual, frustrado, enojado con la vida. Yo creo que eso fue un paso muy fuerte que no me di cuenta hasta que llegue aquí a China. No había dimensionado todo lo que había pasado en nuestra vida-. Pilar (Entrevista, 2012).

Además de la depresión materna, los hijos de Pilar y Francisco mostraron el mismo decaimiento por abandonar la escuela donde siempre habían asistido, despedirse de la familia y los amigos que habían formado, sobre todo por la incertidumbre de no saber cuándo los volverían a ver. El día que tuvieron que despedir a la nana y a la empleada doméstica ambos niños lloraron desconsoladamente durante dos días continuos. Fue uno de los peores días en la vida de esta participante, porque sabía que todo su esfuerzo por darles una buena vida a sus hijos estaba ahora en total incertidumbre.

La familia viajó primeramente al sur de China, a una ciudad ubicada en la playa de Sanya. Ahí Francisco se incorporó a una aerolínea local para realizar vuelos nacionales. Con tristeza se percataron que la ciudad ofrecía muy pocos servicios para extranjeros y que no contaba con escuelas internacionales para sus hijos. Con esfuerzo e insistencia, Francisco logró que su puesto de trabajo se reubicara en la capital de Beijing, unos dos meses después de su llegada a China.

La familia decidió instalarse en un modesto departamento semi amueblado ubicado en el distrito de Shunyi, esto dada la cercanía del lugar al aeropuerto internacional de Beijing, por lo cual a Francisco se le facilitaría su traslado.

Lograron contactar a otro colega piloto que también pudo establecerse con su esposa en la ciudad, después de haber vivido el infortunio del despido en México. Ambas familias se encontraban anímicamente devastadas, deprimidas, con la resignación de adaptarse a su nuevo hogar. La melancolía y la depresión

fueron síntomas constantes, llevando a Pilar y a sus hijos a manifestar diversas dolencias corporales: Lumbalgias, cefaleas, dolores en extremidades, falta de apetito y de sueño. Los niños lloraban en sus recámaras vacías, mientras Pilar lo hacía escondida en el baño de su recámara.

Los niños fueron inscritos en uno de los colegios más económicos de la zona. Lograron conseguir una beca debido a la recién apertura de la primaria y de los pocos niños que se habían registrado. Esto generó tranquilidad al matrimonio referente a gastos, ya que la empresa aeronáutica en donde trabaja Francisco únicamente cubría salario base y gastos médicos mayores.

Para esta familia, los primeros cuatro meses, recuerdan haber sufrido totalmente su estancia. Ninguno dominaba el idioma, no podían contratar una Ayi quien ayudara a la faena, “Pe” invertía todo su tiempo en limpiar y ordenar la casa, a lo cual no estaba acostumbrada. Al carecer de auto, que resulta importante para desplazarse en Shunyi debido a la carencia de transporte público y las largas distancias entre *Compounds* y comercios, Pilar tenía que hacer todas sus compras a pie, bajo la lluvia, la nieve o el calor de 40° que caracteriza al clima de la ciudad.

Ante el alto costo de vida y la exclusividad de los pocos servicios ofrecidos en la zona, los gastos cotidianos dejaba a esta familia desprovista de esparcimiento. Las amistades que ella fue conformando superaban por mucho su estatus económico, por lo que difícilmente podía acudir a las reuniones que se organizaban en lugares costosos. Esto deprimió más a esta mujer, repercutiendo en el estado anímico de sus hijos y en fricciones con su esposo.

A manera de esquematizar la conformación de cada familia que participó en la investigación, se muestra en el recuadro siguiente el pseudónimo de cada madre de familia con la clave elegida para cada una de ellas, su principal ocupación, el pseudónimo para cada esposo, su ocupación y los pseudónimos de cada uno de los hijos:

Madre de Familia	Cónyuge	Hijos
Andrea. Ama de casa, empleada parcial Centro de Estudios Mexicanos	Antonio. Diplomático de la Embajada de México	Juan
Daniela. Diplomática, ama de casa	Ernesto. Empleado de Colegio Privado	Enrique
Leticia. Ama de casa	Daniel. Empleado Empresa Panificadora	Darío Antonieta David
Lucía. Ama de casa	Norberto. Militar	Joaquín Anabel
Marina. Ama de casa, estudiante de medicina tradicional china	Carlos. Empleado Empresa Panificadora	Mariela María
Pilar. Ama de casa, maestra ocasional de español	Francisco. Piloto aeronáutico	Franco Ana

Capítulo IV: Condiciones materiales de existencia e interacción social de las participantes

4.1. Beijing: Espacios y condiciones de vida de las madres mexicanas

El presente capítulo tiene la finalidad de brindar un marco de referencia en torno al estilo de vida de los extranjeros en la ciudad de Beijing. Se destacan las características geográficas, la estructura y la organización urbana de Chaoyang y Shunyi. Estos dos distritos de la capital, son las zonas donde se concentra la mayor parte de las residencias para las familias foráneas y en donde habitan las seis familias mexicanas que se describen en esta tesis. De igual forma, se describen los lugares más importantes donde las madres de familia solían socializar. La Embajada de México en China, la iglesia católica de Nantang y las escuelas Internacionales, donde asistían los niños de las familias, son los sitios de mayor interacción de las familias. Otro aspecto importante del contexto familiar y su organización es el que corresponde al costo de vida, las nuevas costumbres adoptadas y la relación con las empleadas domésticas locales, llamadas en mandarín *Ayi*. Las empleadas domesticas representan una gran ayuda para el hogar, ejerciendo labores de limpieza, cuidados de los escolares y siendo las principales transmisoras de la cultura china.

La exposición del capítulo inicia con una visión general de la ciudad, acotando la descripción a los dos distritos donde habitan las madres de familia, el distrito de Chaoyang y el de Shunyi. Se explicará el impacto de la ubicación de las residencias de las familias, en torno a la facilidad de acceso a los distintos servicios y su influencia en las oportunidades de socialización. Posteriormente, se abordará cómo fue el proceso de adaptación de las madres de familia a la sociedad china y su repercusión en la dinámica familiar y en la salud de los hijos.

4.2. Aspectos cotidianos de la capital china

La vida cotidiana en China representa un crisol de costumbres, tradiciones y pensamientos que se encuentran muy alejados de la vida occidental, y aún más de la vida latinoamericana. Sin embargo, también es posible encontrar puntos de coincidencia a pesar de la barrera cultural.

Cuando se piensa en extranjeros en China, se piensa en un modelo occidental anglosajón y las recomendaciones que se encuentran disponibles en publicaciones, no siempre reflejan los cuidados, las costumbres o conocimientos que todo grupo de emigrantes debe de tener al llegar a China. El tema por excelencia en el que se hace el mayor énfasis es en el tema de salud, seguido por lo referente a la higiene, la vida cotidiana y las necesidades particulares.

Algunas recomendaciones pueden ser sorprendidas, agradables o desagradables, sin embargo, el cambio sociocultural sin duda, puede ser fuente de estrés, frustraciones y miedos. Todos los retos a vencer por parte de los migrantes, implican ante todo un proceso de adaptación, partiendo de las circunstancias específicas que hicieron que el extranjero y su familia llegaran a Beijing. En el caso de los mexicanos, pueden encontrar puntos de coincidencia entre la cultura mexicana y la cultura china, sin embargo, la primera barrera a vencer, es el idioma. Los mexicanos que cuenten con algún grado de conocimiento del idioma, podrán adentrarse más profundamente en la cultura, sin que esto signifique su inmersión total. A continuación se enumeran una serie de puntos, de la vida diaria, a los que se enfrentan las familias mexicanas en China, desde su llegada y durante su permanencia.

Idioma mandarín

En las áreas de Beijing donde se concentran los principales asentamientos de extranjeros como Sanlitun y Shunyi, puede ser posible comunicarse en inglés con algunos de los prestadores de servicios como tiendas de autoservicio, bares, restaurantes y hoteles. Sin embargo, en el resto de la ciudad y para las actividades cotidianas, se utiliza el chino mandarín como idioma. El ciudadano chino promedio no es políglota, lo cual implica la barrera más importante para el

extranjero y casi siempre resulta en el principal obstáculo para su interacción o su integración social.

La primera opción para cualquier extranjero, es tomar clases en cursos formales o informales de mandarín práctico, que consiste en manejar el vocabulario de rutina en sitios públicos de mayor frecuencia. Una forma fácil pero incompleta del aprendizaje de este idioma es a través del uso del *pinyin* (拼音); es decir el sistema de transcripción fonética del mandarín por medio del uso de letras del alfabeto latino, que sustituye a los caracteres tradicionales o simplificados, al momento de aprender el idioma. Esto permite a las personas del mundo occidental una rápida comprensión y la correcta pronunciación del mandarín. En la mayoría de los casos, los extranjeros optan por utilizar únicamente el *pinyin* para acelerar la comprensión hablada del idioma y así poder interactuar con los chinos, aunque los excluye de aprender la lectura y escritura del complejo mandarín, fomentando con esto una especie de analfabetismo.

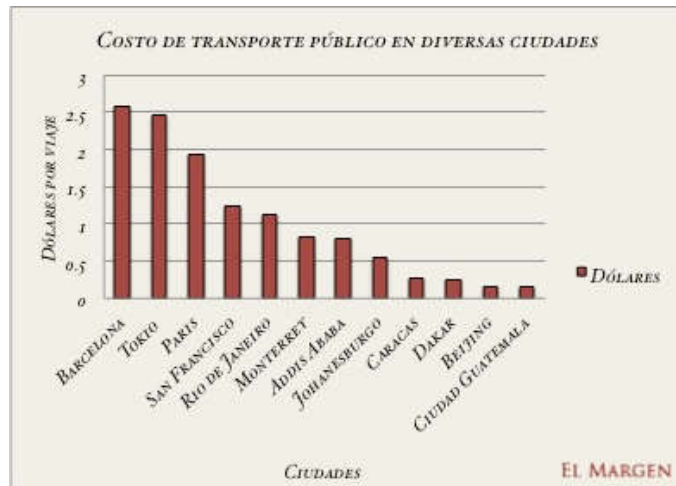
Una de las primeras estrategias que siguieron las familias mexicanas fue que al menos uno de sus miembros aprendió el idioma, convirtiéndose en un puente entre la familia y la sociedad china, a pesar de representar con ello una carga de responsabilidad para el intérprete y la dependencia por parte del resto de los miembros. Por otro lado, aquellas familias o individuos que llegan a China con una mala actitud hacia la cultura asiática, con problemas socio económicos o cualquier problemática individual de índole emocional, retrasan o incluso nunca optan por tomar cursos de chino, con el consecuente perjuicio de encontrarse aislados o con una muy pobre interacción con los chinos. Los cursos de mandarín en Beijing, como en cualquier gran urbe, pueden encontrarse con una oferta bastante amplia que va desde clases formales y licenciaturas en las universidades, cursos privados con maestros particulares, hasta la enseñanza informal por medio de materiales autodidácticos.

Transporte público

El desplazamiento por Beijing es relativamente fácil por su amplia cobertura entre los distritos. El sistema de transporte público cuenta con vías de tránsito

organizadas y en perfecto estado, así como también con transportes modernos con la tecnología de última generación. Otra ventaja del transporte público de Beijing es que resulta relativamente barato a comparación de otras ciudades importantes alrededor del mundo, como lo muestra la siguiente figura:

Figura 1. Comparación de costo de transporte público en diversos países



FUENTE: <http://www.enelmargen.org/2013/05/esta-caro-el-transporte-en-monterrey.html>

El sistema de transporte público está conformado por el sistema subterráneo tipo metro, la tradicional bicicleta, el carro jalado por bicicleta, la motocicleta, el taxi y el autobús.

El metro cuenta con 16 líneas, cuyo eje central parte de la plaza de Tiananmen, más la línea express que conecta con el Aeropuerto Internacional, por un costo adicional. El precio de la tarifa más barata es de aproximadamente RMB2, el equivalente a cuatro pesos mexicanos.

La forma de ingresar al metro es mediante el uso de una tarjeta personal. Esta tarjeta se recarga en máquinas ubicadas a la entrada de cada estación, con opciones de lenguaje inglés o mandarín, lo que resulta de fácil uso para los extranjeros. De igual forma se puede hacer el pago del peaje en la taquilla. El usuario tiene que hacer un cálculo previo, ya que dependiendo del lugar de destino es el costo de la tarifa. La tarjeta de transporte no es transferible, porque el usuario tiene que presentarla a la entrada y a la salida de la estación. A partir de los juegos Olímpicos del año 2008, la ciudad de Beijing consideró necesario hacer “amigables” los servicios generales de transporte para el mundo internacional,

dado el gran número de visitantes de todos los países que acudieron al magno evento deportivo.

Imagen 1. Tarjeta de viaje recargable y ejemplo de los señalamientos de las rutas de autobús en inglés y mandarín como medios de transporte amigables para extranjeros.



FUENTE: Trabajo de Campo, 2011.

El gobierno de Beijing realizó un gran esfuerzo para que se pudieran adecuar en inglés y en *pinyin*, los señalamientos viales de algunas rutas de tránsito, así como también los señalamientos de los nombres de las calles y terminales de autobuses. En el sistema del metro, se instalaron dentro de las estaciones y en los vagones, mapas de las líneas y las estaciones con la escritura en caracteres y en *pinyin* para su fácil lectura e identificación. Esto permitió la fácil comprensión para los extranjeros durante su desplazamiento por la ciudad. Además, comenzaron a anunciarse en inglés y en mandarín los avisos de anticipación de paradas en cada estación.

A continuación se muestra el mapa del metro de la ciudad con las adecuaciones comentadas, que resulta un claro ejemplo de cómo una ciudad puede ofrecer una gran ayuda a los extranjeros con adaptaciones “mínimas” como el empleo de un lenguaje secundario (inglés/pinyin) haciendo una ciudad más amigable para visitantes:

Figura 2. Mapa del Metro en Beijing.



FUENTE: <http://www.travelchinaguide.com/cityguides/beijing/subway-map.htm>

El metro resulta uno de los medios más eficaces de transporte, dada su cobertura, bajo costo y rapidez de traslado, que le permite a los extranjeros un fácil desplazamiento con la ventaja de una escasa interacción con los chinos en caso de no dominar el idioma. El punto desfavorable de este servicio es su saturación en horas pico, ya que la multitud en ocasiones puede generar conflictos al ser agresiva físicamente, empujando o aventando a los usuarios, con tal de movilizarse rápidamente. Aunque existen policías dentro de las estaciones, que tienen la total autorización para organizar y disciplinar (por medio de golpes con sus macanas) a los usuarios, la saturación puede ocasionar parálisis total en los vagones.

En cuanto al traslado por medio de bicicleta, bicicleta eléctrica, motocicleta y carro jalado por bicicleta, cuentan con su propio carril lateral en las calles, debidamente señalado y respetado por los automovilistas. Esto facilita el desplazamiento cómodo en distancias cortas, como por ejemplo, dentro de las zonas de las embajadas en Sanlitun, siendo solamente el factor climatológico y la contaminación ambiental, la única desventaja para optar por este transporte.

Un tema importante respecto al sistema de transporte en Beijing es el uso del taxi. De hecho, la comunidad de extranjeros usa de manera frecuente este tópico para socializar, expresar sus vivencias y en ocasiones, expresar sus quejas. Existen pocos grupos de taxis autorizados, se caracterizan por el típico auto (Hundai Elantra ®) de cuatro puertas, pintado de dos combinaciones de colores, azul con amarillo o verde con amarillo. Los conductores son hombres (90%), originarios de las zonas periféricas de la ciudad o de zonas rurales fuera de Beijing. Existen básicamente dos inconvenientes al momento de querer utilizar este servicio:

- 1) La red de transporte es bastante amplia en cuanto a número de unidades y el precio es bajo (iniciando el marcaje del taxímetro con RMB10, el equivalente a 20 pesos mexicanos) sin embargo, algunas zonas de la ciudad tienen menos cobertura que otras. Por ejemplo, en algunos casos al querer abordar un taxi en zonas alejadas (tomando a Shunyi como ejemplo por ser el distrito más alejado y en donde viven dos de las madres de familia participantes de la investigación) o rumbo a zonas alejadas del centro, el taxista no quiere ofrecer el servicio o se muestra renuente y es capaz de descender al pasajero inmediatamente del auto y de forma descortés. Esto es debido a que si se aborda un taxi en Sanlitun, y se va al otro extremo de la ciudad, el costo del pasaje no cubre el gasto de gasolina del taxista en caso de que el taxi regrese sin otro pasajero, así que prefieren no tomar pasaje rumbo a esas aéreas.
- 2) El segundo inconveniente es la actitud y las costumbres de la mayoría de los taxistas. Muchos de ellos no están interesados en interactuar con los extranjeros y prefieren evitar conflictos de entendimiento al tratar de ubicar la dirección de destino, el cobro del pasaje, etc.; por lo que no se detienen ante la señal de potenciales pasajeros, que les representen un problema, y siguen de largo su camino, haciendo que el extranjero pueda permanecer hasta hora y media en el mismo sitio, intentando abordar un taxi.

Los taxistas o “*shifu*” (maestro, padre, persona con autoridad) como se les nombra en mandarín, tienen costumbres muy arraigadas que influyen en los servicios que

ofrecen. Por ejemplo, no dan servicio entre las doce y la una de la tarde, ya que es el horario de la principal comida para los mandarines. Esto implica el cese de trabajo en oficinas, escuelas, empresas, centros de servicio y cualquier forma de actividad laboral. Para los extranjeros que no estén familiarizados con esta costumbre, le resulta bastante desconcertante y hasta molesto, ya que es notoria la pausa durante el horario de comida.

Otra costumbre de los taxistas es que durante las estaciones invernales o lluviosas, donde desciende la temperatura ambiental, los conductores “corren riesgo de un enfriamiento corporal”, lo que para ello significaría un incremento del ying o desequilibrio de su energía yang, por lo que evitan los cambios bruscos de temperatura cuando trabajan. Si un pasajero quisiera abordar el automóvil, las puertas tendrían que abrirse, por lo que los *shifu* serían expuestos a una potencial enfermedad por dicho cambio.

A decir de Pilar, Marina, Leticia y Andrea, quienes son las madres mexicanas que hacen mayor uso de estos servicios, la experiencia de tomar un taxi en Beijing se vive de la siguiente forma:

- Subirse a un taxi es toda una aventura, no se sabe qué pasará, hay que salir de casa con el suficiente tiempo y humor para poder lidiar con estos “personajes”. - Leticia (Entrevista, 2012).

-Así como hay aquellos que con ánimo pretenden hacer la plática aunque no comprenda uno nada, que exclaman un ¡ah! sorpresivo al momento de escuchar que se es mexicano, que cantan alegres canciones para animar el viaje y que hasta pueden ofrecer un poco de té verde de su termo personal, tristemente los que abundan son quienes están absolutamente desinteresados en transportar a los extranjeros, a veces haciendo muy difícil su uso-. Pilar (Entrevista, 2012).

La ventaja del uso del taxi para estas familias es al momento de querer moverse a través de la ciudad con los niños, debido a la gran agitación y la saturación de los sistemas de transporte como el metro y el autobús. En las aglomeraciones de personas, los menores pueden tener algún riesgo, lo que obliga a tener mayores cuidados.

Como es de suponerse, debido al tráfico vehicular tan intenso, uno de los mayores perjuicios es la generación de gases contaminantes, que contribuyen de manera importante con la contaminación ambiental de Beijing, que representa un verdadero problema de salud y del que se hablará en los capítulos siguientes.

El traslado dentro de Beijing también puede hacerse en auto particular, aunque implica una gran inversión de tiempo debido a los congestionamientos de tránsito, la dificultad para encontrar lugar de estacionamiento o escasas gasolineras para surtir de combustible, si no se toman las precauciones necesarias.

Mascotas

Una situación que puede resultar curiosa, es que si se desea vivir en Beijing con mascotas, particularmente perros, hay serias restricciones gubernamentales. Solo es posible poseer aquellas razas que sean menores de 35 cm, deben de encontrarse registrados y no es posible poseer más de un perro por casa. La importación de aves se encuentra prohibida, y cualquier gato o perro que ingrese al país, además de pagar un impuesto especial, deberá permanecer en cuarentena (sin garantía de sobrevivencia) debido a vigilancia veterinaria y riesgos epidemiológicos. Esto provoca que muchas familias de extranjeros se vean en la necesidad de regalar a sus mascotas durante la migración, resultando en episodios dolorosos, principalmente para los infantes. De todas las participantes, Lucía fue quien compró un perrito pekinés para consentir a sus hijos, con todo y los problemas que tuvo que enfrentar.

- Mi vecino se enojaba por el ruido del Bobby (el perro) y porque mis hijos jugaban con él, de hecho se venía a quejar pero ni le entendíamos, mi hijo era quien le abría la puerta, una vez vinieron a revisar que el perro tuviera sus papeles, seguro fue el vecino que mandó a esas personas (...) ¿Quién no es feliz teniendo un perro? mis hijos crecieron rodeados de animales, se me iban a poner tristes en el departamento. Lucía (Entrevista, 2013).

La negociación o regateo como costumbre milenaria

Una costumbre muy arraigada entre los chinos, es la que los mexicanos conocemos como el "regateo". Generalmente el chino tiende a establecer un vínculo de compra venta a través de la negociación. Esto se puede extender hasta niveles de negocios de alto nivel. Pero independientemente de eso, la práctica más común es a nivel del pequeño comercio. Hoy día, la costumbre se ha visto limitada en los establecimientos como cadenas comerciales en donde, al igual que

en México, los productos se encuentran formalmente etiquetados sin margen de negociación. Es posible realizar el regateo en los tradicionales mercados de puestos callejeros, los más famosos de Beijing son el "Silk Market" y el gran "Yashow" concurridos por todos los extranjeros para adquirir ropa, zapatos, muebles, electrodomésticos, artesanías, y un sinnúmero de objetos.

Ésta costumbre puede tener ciertas desventajas para los extranjeros que desconocen el valor y las fluctuaciones de precio de los productos, ya que si no se tiene el conocimiento del valor de un producto, se puede pagar mucho más (hasta diez veces el valor del objeto) y transformar una ganga en un verdadero robo. Para los extranjeros visitantes, este "juego" del regateo resulta "divertido", ya que pueden emplear hasta tres horas en el diálogo con el vendedor, demostrando ingenio, paciencia y picardía. El vendedor chino utiliza todo tipo de argumentos durante el regateo, hablando de historias fantásticas sobre la elaboración del objeto como materiales, únicos e irrepetibles, poseedores de una herencia ancestral o exclamando que son piezas auténticas, etc. También pueden llorar frente al comprador y rogarle piedad, para que su familia no muera de hambre al vender el producto a un precio tan bajo. Otros vendedores prefieren ser agresivos físicamente y empujar al comprador orillándolo a dejar el local.

La habilidad de los vendedores chinos para aprender vocabulario (en varios idiomas) relacionado con la venta de sus productos, es impresionante; pueden hablar hasta en cinco o seis idiomas para atraer al comprador. Aprenden las palabras más llamativas, por ejemplo, en español, pueden decir tío, amigo, guapo, amiga bonita. Sin embargo, al identificar el perfil de un latino pueden utilizar hasta algunos mexicanismos como: chido o güerita. Su forma de aprender es mediante la interacción con los turistas y la gente que los visita, son curiosos y preguntan mucho sobre el idioma, anotan lo que la gente les dice, lo memorizan y lo practican incansablemente para ser un mejor centro de atracción respecto a otros vendedores.

El regateo puede ser cansado, molesto o abrumador, para las familias extranjeras que viven en Beijing, ya que conocen las artimañas de los vendedores, saben cuál es el precio real de las cosas y consideran una pérdida de tiempo estar

peleando por la compra de un producto que requieren para su consumo frecuente, en la vida cotidiana.

Otras costumbres de la vida cotidiana con relación a los servicios

En China no se acostumbra dar propinas por servicios como restaurantes, taxis o en hoteles. Intentar dar una propina puede generar reacciones de molestia, ofensa o humillación por parte del prestador de servicios, inclusive generar un sobre costo, como en el caso de los taxistas.

La utilización de tarjetas de crédito no es una costumbre muy difundida. Es posible realizar pagos en algunos comercios importantes con la tarjeta, sin embargo, debe ser de bancos locales, ya que generalmente no se aceptan las tarjetas extranjeras. Las transacciones en efectivo es la forma habitual de pago en toda China. Se puede tramitar una tarjeta de débito en un banco local, donde se puede encontrar asistencia en inglés para el trámite, pero presenta las mismas limitaciones que la tarjeta de crédito respecto al escaso uso de terminales en los comercios medianos y pequeños.

El Internet

El Internet en China es de baja velocidad y sin acceso a algunas páginas, buscadores y redes sociales. Existe un control sobre el tráfico de Internet y el contenido, por lo que se han creado redes sociales locales como Sina Weibo®, que es una plataforma semejante a Twitter®. También existen otras opciones como Renren®, semejante a Facebook® y otras como Kaixin001®, 51, Zanahuo® y Ushi®. Para poder hacer uso del internet de manera más libre y visitar las páginas habituales, de uso en México, es posible utilizar un servicio de conectividad con software libre como openVPN, donde la conexión se realiza de manera indirecta, a través de servidores externos a China.

Existen diversos proveedores de internet, sin embargo los más grandes en Beijing son: China Unicom ®, China Telecom ® y Community Internet ®. Un detalle que hay que tomar en cuenta es que el "router" inalámbrico, debe de ser comprado por separado por el consumidor, ya que no lo provee la compañía de internet. El pago por el servicio puede hacerse en diversos sitios, incluyendo las

oficinas de la compañía. La ventaja de los departamentos para extranjeros o las residencias ubicadas en Shunyi, es que existe la comodidad de contar con los trabajadores de la administración, quienes realizan los pagos a nombre del cliente o bien, los trabajadores de la empresa pueden cobrar la nota a domicilio.

Recreación, cine

Es posible conseguir películas en idiomas extranjeros, así como ver películas en el cine en idioma inglés con subtítulos en chino. Sin embargo, existe toda una industria del cine en China donde se realizan producciones cinematográficas totalmente nacionales, con actores locales y en idioma mandarín, por lo que el extranjero se encontrara con mucha mayor frecuencia con copias de producciones de Hollywood.

Cuidados personales y de belleza

Existen diferencias muy importantes entre los hábitos de cuidado personal chinos y las costumbres de las culturas occidentales. Una persona habituada a ciertas costumbres de cuidado y productos de higiene puede encontrarse con una sorpresa al no encontrar en China productos similares. Estas diferencias pueden atraer inconvenientes prácticos, económicos y generar ciertas incomodidades. Las diferencias más importantes para los extranjeros son por ejemplo, encontrar en su mayoría productos chinos, con las características de preferencia de los chinos. No es fácil conseguir marcas occidentales, y si llegaran a encontrar, es a un precio muy elevado.

Los productos que más problemas pueden presentar son: ropa de talla grande para personas obesas, zapatos de talla grande, productos de salud y de belleza, como cremas, jabones, desodorantes, perfumes, toallas sanitarias tipo tampón, cremas de afeitado y protectores solares o bronceadores. Esta limitación o escasez de venta de los productos personales es debido a las costumbres de la población china que no consumen estos productos. Por ejemplo, el uso de perfumes está relacionado con la prostitución, en el caso de las mujeres, y por lo tanto las fragancias pueden resultar en una percepción desagradable. Los

desodorantes occidentales contienen aromatizantes y componentes que de acuerdo a la medicina tradicional china y su concepto de salud, resultan nocivos para el cuerpo, por lo que habría una acumulación de toxinas que normalmente necesitan ser eliminadas mediante el sudor.

Dentro de las limitantes más delicadas e importantes con efecto en la presente investigación es el deficiente abasto de medicamentos biomédicos (occidentales) OTC y su disponibilidad. Existen muchas farmacias en todo Beijing, sin embargo, no es común encontrar medicamentos de uso común, como analgésicos, tipo aspirina, antiácidos, antihistamínicos, antibióticos o medicamentos altamente especializados. En capítulos posteriores se desarrollará en detalle este tema.

La comida

La comida china es conocida y consumida en todo el mundo, pero no es un secreto que ha desatado escándalos por las materias primas utilizadas durante su elaboración. Muchos restaurantes emplean el glutamato mono sódico (GMS), aditivo químico que funciona como saborizante para carnes y caldos. Aunque sin contar con una evidencia científica sustentable que lo demuestre, esta sustancia ha sido asociada a reacciones alérgicas e intoxicaciones caracterizadas por dolor torácico, enrojecimiento de la piel, dolores de cabeza, entumecimiento o ardor en la boca e inflamación facial, conjunto de molestias denominadas “Síndrome del Restaurante Chino”. Esto lleva a que muchos extranjeros soliciten que su comida no contenga este saborizante, o se abstienen de consumir de forma frecuente alimentos de restaurantes no conocidos.

En la compra de productos que requieran refrigeración puede ser que no cumplan los requerimientos sanitarios necesarios, provocando con ello infecciones gastrointestinales en las familias que los consumen. Existe la opción de productos orgánicos, que entre muchos extranjeros es una preferencia habitual de consumo. La comunidad de soporte de agricultura, (CSA, por sus siglas en inglés) cuenta con granjas y cultivos orgánicos donde no se utilizan pesticidas o productos químicos en los cultivos y en el procesamiento de los productos.

Juguetes infantiles locales vs. importados

En el año 2006 se realizó una investigación por parte de la Universidad de Cincinnati, donde se demostró que un alto porcentaje de los juguetes procedentes de China se encontraban coloreados con pinturas que contienen plomo en niveles peligrosos. Muchas madres de familia extranjeras aún tienen ese temor al comprar juguetes para sus niños, así como utensilios escolares, o inclusive trastes de cerámica. Esto obliga a pagar un sobreprecio de productos de marcas reconocidas internacionalmente, para asegurar que no sean peligrosos, tanto por su calidad de fabricación, como la garantía que asegure su durabilidad y bajo riesgo para los niños.

Ropa

Se puede consumir la ropa de los mercados locales; sin embargo, dichos productos no siempre son de buena calidad, durabilidad o comodidad. Al igual que en el caso de los juguetes, es posible encontrar una gran gama de calidades, estilos y precios. También es posible comprar en grandes almacenes, con una diferencia de precios que pueden llegar a ser muy desproporcionados y afectar de manera importante la economía de los extranjeros.

Al rentar una casa o departamento

Al igual que en México, para realizar un contrato de renta de vivienda es necesario dejar un depósito y al menos un pago equivalente a tres meses de renta por adelantado. Los departamentos destinados para extranjeros están en su mayoría amueblados. Los servicios de gas, electricidad y agua, deben de ser pagados por el arrendatario y si se cuenta con calefacción, esta también debe de ser pagada por separado. Los contratos más comunes se realizan por dos años, y es posible hacer una negociación del precio de renta. Un problema importante es que si no se habla chino, es necesario hacer la contratación con una agencia intermediaria, con la consecuencia del sobreprecio por los servicios de la agencia.

Un factor que influye en la decisión de renta de vivienda para las familias con niños en edad escolar, es lo referente a las distancias entre la escuela y la

vivienda. Se suele recomendar, aunque no siempre es posible, primero encontrar lugar en alguna escuela, donde generalmente hay lista de espera, y posteriormente buscar vivienda cerca de la escuela; con el tiempo, las distancias a recorrer y las dificultades de transportación se pueden convertir en un verdadero problema.

Pago de los servicios domésticos

El pago de los servicios puede ser algo complicado, ya que algunos pagos deben de realizarse en el banco, otros a través de máquinas de pago. Por ejemplo, para el servicio de la electricidad es necesario contar con una tarjeta recargable a la que se le abona crédito en una sucursal bancaria. El problema más importante al recargar la tarjeta de electricidad es que la persona tiene que especificar la cantidad de electricidad que desea abonar, es decir, tener un estimado de los gastos del consumo de electricidad que hará en un periodo corto de tiempo.

En las sucursales bancarias también se cuenta con máquinas de recarga para la tarjeta, sin embargo, las pantallas despliegan las instrucciones únicamente en chino. La tarjeta, ya con crédito, debe de insertarse en el medidor de luz que se encuentra en la entrada de la casa, y se podrá hacer una lectura del crédito disponible. La pérdida de la tarjeta de recarga, representa un problema bastante complejo, ya que únicamente es posible adquirir otra tarjeta a través de la compañía de electricidad, y esto implica un trámite largo y engorroso.



Imagen 2. Ejemplo de la tarjeta de luz, para uso y cobro prepago del servicio doméstico.

FUENTE: Trabajo de Campo, 2011.

Gastos de Agua

El recibo de agua generalmente se deja en la entrada de la vivienda. También es posible adquirir una tarjeta recargable para el pago del agua o de otra forma hay dos posibilidades más, si se encuentra alguien en casa cuando llega el recibo, se puede pagar de inmediato con el empleado entregando el efectivo exacto, y si no se encuentra en casa el cliente, el recibo usualmente se deja pegado en la puerta de la entrada de la casa o departamento y es debe de ser liquidado en una sucursal bancaria. Un dato curioso es que el agua de uso en el baño y el agua caliente son dos servicios separados y si además se opta por agua bebible, también esta se considera con un costo aparte.

Generalmente el agua bebible no es una opción comúnmente utilizada por los extranjeros, ya que se suele comprar agua embotellada o se utilizan filtros especiales que van conectados a la llave de agua de la cocina. En caso de optar por agua bebible, se debe pagar sólo en efectivo cuando llega el trabajador con el recibo, ya que no hay opción de pagarlo en una sucursal bancaria.

Consumo de gas

Hay dos formas de pagar el gas en Beijing, por un cobro mensual o por medio de tarjetas de pre pago. Al igual que en el caso del agua, un empleado de la compañía de gas, dejará el recibo del gas en la puerta de la vivienda y si no se encuentra nadie en casa, el empleado deja pegado el recibo en la puerta y el recibo deberá ser pagado en alguna de las sucursales bancarias. A diferencia del agua, las compañías de gas son muchas dependiendo del complejo de viviendas donde se encuentre la familia, así que hay muchas variaciones sobre dónde debe de ser cargado el crédito para la tarjeta de gas. Al igual que el agua hay un medidor, generalmente localizado en la cocina y debe de insertarse la tarjeta por 30 segundos, para ver una lectura de cuanto crédito resta.

Áreas de recreación infantil (*Fundazzle*)

Este centro de recreación infantil ubicado en el Distrito de Chaoyang está destinado para la diversión de niños de 2 a 10 años de edad, cuenta con diversos juegos y un amplio espacio de recreación en un área techada y cerrada. El

Fundazzle se ha convertido en un centro de importancia social desde hace aproximadamente 16 años, y cada vez más familias extranjeras deciden llevar a sus hijos a este lugar, sobre todo durante el invierno o en las temporadas donde el clima en el exterior hace difícil la recreación. También el Fundazzle es una opción para los niños durante las constantes contingencias ambientales, cuando el gobierno recomienda la suspensión de actividades al aire libre para evitar daños a la salud. Dentro de las atracciones del lugar se encuentra una alberca de pelotas, con dimensiones cercanas a una alberca olímpica, un gimnasio de estimulación para los niños, también pueden acceder por una cuota extra a video juegos, paredes para escalada y alberca de arena. Los padres pueden observar cómodamente a sus niños desde sitios especiales, localizados en la periferia de los juegos. También cuenta con cuartos aislados que pueden ser rentados para fiestas de cumpleaños.

Teléfonos celulares

La compra de un teléfono celular puede hacerse desde tiendas establecidas como Walt-Mart®, hasta en el mercado Zhong-guancun, que es el mercado más grande de electrónicos en Beijing, sin embargo las diferencias de precio, calidad y garantía son muy marcadas.

Un punto importante a considerar en la compra de estos artículos es que se puede contar con varias opciones de calidad y precio. Algo importante a destacar con respecto a los productos electrónicos es la extensa oferta que se ofrece en China debido a las características del mercado, y la bien conocida producción de copias de los distintos modelos y marcas. Entre las opciones de compra se puede encontrar: el artículo original, el clon idéntico (sin fallas), el clon con fallas, la copia con ligeras diferencias, la copia pirata con defectos y el producto local. Con respecto a los teléfonos celulares, entre otros artículos, no solo se requiere de seleccionar un modelo determinado sino entre todas las opciones de calidad y precio. Es importante contar con un teléfono desbloqueado, que pueda ser utilizado con Chips (SIM) de diferentes compañías.

Los proveedores más grandes de telefonía son China Unicom ®, China Mobile ® y China Telecom ®. Los chips de prepago pueden ser adquiridos en puestos de periódicos, tiendas de tabaco, o sucursales de las compañías. Al activarse el chip, puede optarse por servicio de telefonía con conexión 3G, sin embargo para contratar un plan es necesario dejar un depósito.

4.3. Dos distritos contrastantes: Chaoyang y Shunyi

Sitios de asentamiento, la ciudad y los suburbios

El vivir en la ciudad promueve la interacción social, la comunicación, la vida cultural y el encontrar bienes o insumos con mayor facilidad. La ciudad cuenta con medios de comunicación, transporte público y vías muy extensas para el desplazamiento de las personas. Sin embargo, el denso tráfico, que lleva a un consumo excesivo de tiempo y dinero puede ser un problema. En este sentido, no existen muchas diferencias entre Beijing y la Ciudad de México.

Una de las primeras decisiones que deben de realizar las familias de migrantes es seleccionar donde se vivirá, y considerar la distancia que hay entre la vivienda y el sitio de trabajo o la escuela de los niños. Otro punto importante es si se desea vivir entre la comunidad china, conviviendo estrechamente con la población originaria, o en las zonas exclusivas con el mayor asentamiento de extranjeros.

Beijing cuenta con dos áreas de asentamiento para extranjeros, la primera que abarcan las zonas de Dongzhimen/Sanlitun, pertenecientes al Distrito de Chaoyang, y la segunda área llamada Shunyi. Estas dos zonas ofrecen muchos servicios y opciones para los extranjeros occidentales, sin embargo la principal característica de esta zona es vivir entre una comunidad internacional, donde se puede establecer la comunicación a través del idioma inglés, además de encontrar productos de consumo o alimentación que en los barrios típicos o modernos de Beijing, no son fáciles de encontrar.

Dongzhimen-Sanlitun

En estas zonas se pueden encontrar la mayoría de las embajadas, hoteles, restaurantes de comida internacional, bares y almacenes. Otra ventaja de estas zonas es la cercanía con las estaciones de transporte públicos como el metro subterráneo y el camión. Como un plus cultural, se encuentran ubicados muy cercanamente a los tradicionales barrios chinos (hutong), que se encuentran en los alrededores y de los cuales actualmente quedan muy pocos, debido a los proyectos de demolición planificados implementados por el gobierno chino para la modernización de la ciudad.

Por otro lado, un aspecto negativo es el costo de vida alto, son aéreas muy congregadas, con mucho tráfico de automóviles y de personas, por lo que no se cuenta con calles tranquilas. Otra característica de estas zonas es que debido a su alta concentración de restaurantes y bares, tiene una intensa vida nocturna, por lo que en ocasiones puede derivar en riñas, prostitución, venta de sustancias prohibidas y robos.

Shunyi

Esta zona se encuentra en los suburbios de Beijing, después del quinto anillo periférico, a una distancia de 30 kilómetros del centro de la ciudad. La característica principal de esta zona es su mejor calidad de aire, al contar con un bajo nivel de contaminación ambiental, la gran oferta de amplias residencias de lujo con jardines y las áreas verdes exclusivas. Se cuenta con casas club donde las familias pueden recrearse y con la garantía de contar con seguridad las 24 horas del día. La mayoría de los colegios internacionales de mayor prestigio, se ubican en el centro Shunyi. El Aeropuerto Internacional de Beijing se encuentra a escasos minutos y es excepcional el tráfico local que pudiera formarse en las calles, lo que facilita a sus residentes un tránsito cómodo y rápido.

A pesar de ser una zona diseñada y desarrollada para la comodidad de los extranjeros, el distanciamiento geográfico con respecto a Beijing y el aislamiento de sus habitantes con relación a la población y su dinámica social, promueve una baja interacción con los pobladores locales. Muchos extranjeros describen a esta

zona como una “burbuja” que no permite el contacto directo con la población china, ni con lo que sucede en Beijing.

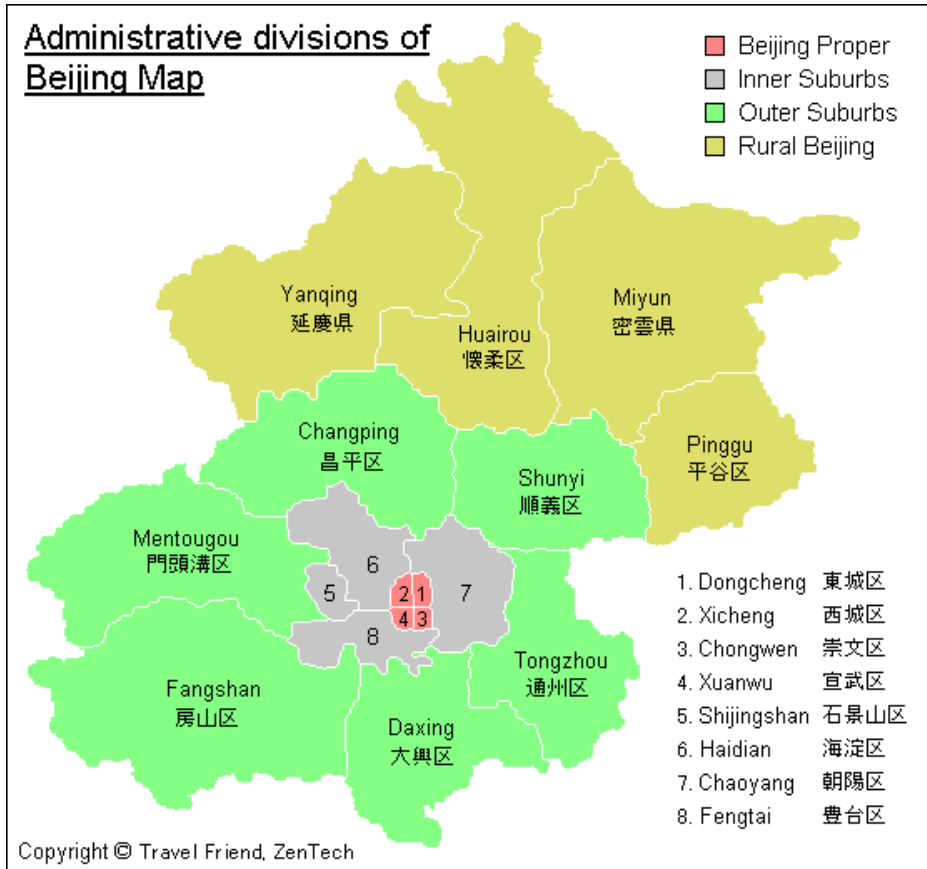
Por otro lado, si una persona decidiera trasladarse de Shunyi a Beijing, el costo promedio del taxi (viaje redondo) en horario sin tráfico de por medio, tendría un costo aproximado de 250 pesos. Sin embargo en horario pico, con gran congestión de automóviles en los anillos periféricos, la duración del viaje de cerca de 30 km de distancia entre esta zona y la ciudad, podría hacerse en un tiempo de dos horas y media, con un costo de hasta 600 pesos mexicanos. Otro inconveniente de esta zona es que a pesar de contar con una gran concentración de familias extranjeras, no cuenta en su cercanía con hospitales internacionales en caso de urgencias o de atención especializada. Tampoco hay tiendas o mercados que ofrezcan productos occidentales como alimentos, ropa o insumos cotidianos.

Existe otra región para extranjeros llamada Gulou, que se encuentra alejada de la zona de negocios. Gulou es un área donde se puede vivir en la China del pasado, con los sonidos tradicionales de las torres de campanas y tambores. Muy cercano a Gulou se encuentra el lago Houhai y el lago Qianhai donde se pueden pasar alegres ratos de esparcimiento, como andar en bicicleta, hacer caminata, navegar en bote y disfrutar de las actividades al aire libre cuando el clima y la contaminación lo permite. Gulou también se encuentra cercano a diversos templos Lamas y barrios tradicionales, sin embargo, una de sus principales desventajas es su denso tráfico, y no encontrarse cercano al transporte de tren subterráneo.

La última zona de importancia para los extranjeros es Lido. Aquí se cuenta con la mayor oferta cultural para los extranjeros que estén interesados en las tradiciones chinas. Los eventos, las clases y las exposiciones se realizan en idioma inglés, por lo que resultan accesibles. De igual forma es en esta zona donde se encuentran situados varios de los hospitales y clínicas especializados en la atención para extranjeros, así como algunas de las escuelas internacionales más destacadas de la ciudad. Se encuentra cercano al club de golf, zonas verdes y en la salida rumbo al Aeropuerto Internacional de la Ciudad de Beijing. Sin embargo, al ser una zona muy alejada del centro de la ciudad, también presenta

dificultades para el traslado en automóvil por el denso tráfico, el transporte público es escaso y tiempo de desplazamiento hacia otras zonas puede ser considerable. A continuación se presentan dos mapas que detallan la ubicación de los distritos y del asentamiento de las familias mexicanas participantes de la investigación.

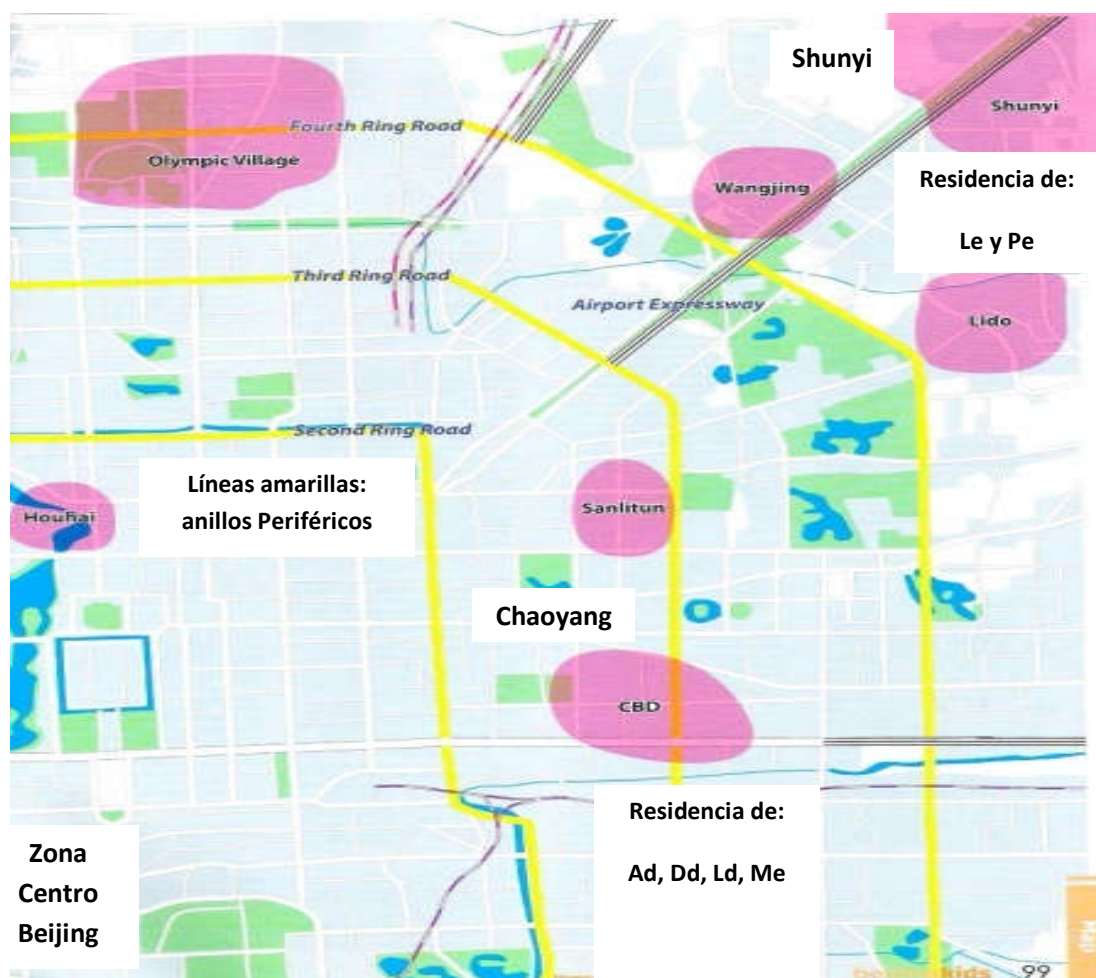
Mapa de la división Administrativa de Beijing: Distritos, Suburbios y Área rural



FUENTE: Travel Friend Zen Tech.

Nótese que las familias mexicanas habitan en el noreste de la ciudad, cuatro de ellas (Ad, Dd, Ld y Me) en el número 7-Chaoyang, considerado como un suburbio interno de Beijing (área gris) mientras que dos familias (Pe y Le) habitan en el distrito externo de Shunyi (área verde).

Mapa de la zona Noreste de Beijing: Zonas de Chaoyang, Sanlitun, Lido y Shunyi



FUENTE: Travel Friend Zen Tech.

En las zonas rosas se encuentran los principales sitios de interacción de las madres de familia dentro de la ciudad: Se aprecia la zona de embajadas (Sanlitun) y sitio de residencia de Ad y Dd, El parque de Chaoyang (zonas verdes y azules) sitio de residencia de, Me y Ld. Zona de Shunyi donde habitan Pe y Le.

El trazo amarillo indica el paso del segundo, tercero y cuarto anillos periféricos que dividen las zonas, así como la doble línea negra representando la vía express para el aeropuerto internacional.

4.4. Familias mexicanas y su asentamiento en Beijing

Dos de las madres de familia, Leticia y Pilar, habitan en el Distrito de Shunyi. Ambas madres de familia contaron con recursos distintos y motivos personales para residir en este lugar:

Leticia y su esposo se asentaron en Beijing gracias a los servicios de una agencia china de reubicación, o *Relocation agency*. Este tipo de empresas privadas proveen todos los servicios de interpretación, traslado y hospedaje. Se organizan recorridos a los lugares de interés para los clientes que deciden mudarse a China, facilitando así la gran labor de organización y trámites que implica quedar asentado en la ciudad de Beijing. Basta con llegar al aeropuerto, reconocer al agente representante que espera en automóvil al cliente, mostrar la identificación correspondiente y así emprender la apretada agenda de recorridos. Usualmente se otorgan de cinco a siete días para que la pareja (o familia, quien decida contratar el servicio) elijan los lugares que desean conocer: centros comerciales, escuelas, residencias, oficinas, mueblerías, tiendas de autos, etc.

En el caso de los ejecutivos trabajadores de la empresa panificadora mexicana, ésta les cubrió los gastos del vuelo, del hospedaje y los honorarios del agente de la *Relocation agency*. Para Marina y Leticia, esto les resultó de gran ayuda e influyó importantemente en crear una primera impresión positiva de Beijing. Leticia quedó sorprendida de conocer la majestuosidad de Shunyi, sus enormes y espaciosas casas estilo americano / inglés, resguardadas por altos árboles de coníferas simétricamente plantados en los campos que en algún momento fueron terrenos de cultivo campesino. La comodidad del espacio, la disponibilidad de vivir rodeada de un bosque, lejos del tumulto pekinés y la facilidad de inscribir a sus dos hijos en una de las mejores escuelas internacionales, el *Dulwich College*, ubicado a unas cuantas cuerdas de su casa, fueron motivos suficientemente sólidos para decidir elegir su casa en esta zona.

Después de haber recorrido una decena de Villas en diferentes *Compound*, Leticia optó por una residencia americana de dos pisos, jardín propio y amplios techos, previamente amueblada con finos muebles de madera, una sala de cuatro

piezas y comedor para ocho personas. El lugar contaba con casa club propia y exclusiva para sus residentes, con alberca techada, gimnasio, sala de juegos y lugar para festejar celebraciones. La empresa panificadora correría con los gastos de renta, se encargó de otorgar el pago del anticipo que la empresa de bienes raíces solicitaba (casi seis meses de adelanto de renta) y tras formalizar la contratación, la familia de Leticia pudo mudarse, con todas sus pertenencias traídas desde México, a su nuevo hogar.

La ubicación de la casa de Leticia quedaba en el *Compound* vecino de la casa de Nuria, otra madre de familia mexicana, casada con el empresario directivo que se encargó de abrir la planta panificadora en Beijing. Nuria había llegado unos meses antes que Leticia y Marina, por lo que al pertenecer a la misma empresa, ella les dio la bienvenida y se encargó de presentarles al círculo de mujeres latinas en Shunyi, facilitando con ello la socialización de Leticia, en su mismo idioma, con los primeros contactos latinos en Shunyi y en la ciudad.

Para Pilar, habitar en Shunyi no fue una elección entre varias opciones. Cuando se mudaron de la playa china de *Sanya* a la capital pekinesa, el punto central donde debía centrarse la familia era la fuente de trabajo de Francisco. Algunos pilotos conocidos por este matrimonio, quienes habían salido de México tiempo atrás para buscar empleo, se encontraban establecidos en Shunyi por su cercanía con el aeropuerto, a tan sólo 13 kilómetros, haciendo el recorrido en veinte minutos sin tráfico de por medio.

Al no contar con automóvil, el pago por el servicio de taxis saldría carísimo si hubieran vivido en otro sitio que no fuera este distrito, y dada la situación precaria de su economía, la familia de Pilar optó por buscar un pequeño departamento sencillamente amueblado en uno de los escasos *Compound* compuestos por edificios habitacionales (la mayoría de los *Compound* los conforman Villas o condominios horizontales) ubicado en la periferia de Shunyi, justo dos pisos debajo del departamento de otro compañero piloto.

Lograron firmar un contrato de renta sin pagar los tres meses de adelanto, como normalmente se les exige a la mayoría de los extranjeros en señal de “garantía y resguardo del inmueble”. Únicamente hicieron el depósito del primer

mes, comprometiéndose a renovar el contrato cada seis meses sin demora en los depósitos. Esto les permitió administrar mejor los recursos monetarios con los que contaban a su llegada a Beijing, ya que la aerolínea china no cubría ningún tipo de gasto semejante (es decir, escuelas, renta, viáticos, etc.) por lo que Pilar y su esposo debían ser muy cuidadosos con el uso del salario recibido y los gastos cotidianos.

La familia se sintió conforme con el departamento, quien fue decorado escuetamente con los pocos libros que lograron traer de México y algunos pares de los juguetes más preciados de los hijos. Una vez instalados, Pilar se dio a la tarea de buscar una escuela económica para que sus hijos no perdieran el ciclo escolar. Comenzó a indagar recorriendo personalmente los colegios y por fortuna pudo inscribirlos en la escuela internacional *Rego School*, ubicada a dos *Compounds* del departamento donde vivían. El desplazamiento diario podía hacerse a pie o en bicicleta, a una distancia de aproximadamente diez o quince minutos, por lo que esto fue una ventaja para el ahorro en gastos de traslado.

Vivir en el distrito de Shunyi para Pilar fue muy arduo básicamente por dos razones. La primera de ellas debido al elevado costo de vida en este lugar, diseñado para migrantes de alto poder adquisitivo, que no le permitía realizar con libertad todas las compras de insumos a los que la familia estaba habituada, por ejemplo lácteos y embutidos que conforma su dieta y que en China al ser considerados alimentos occidentales, los venden a precio de gourmet. El alto costo que representaba salir a comer a los restaurantes locales, o pagar la cuenta de los desayunos que organizaban las mujeres latinas de Shunyi le impedía a Pilar socializar con la frecuencia deseada.

Por otro lado, al no contar con servicio de transporte público, ya que la mayoría de extranjeros cuenta con chofer y automóvil, tampoco existen empresas confiables de servicio de taxis, la estación de metro cercano que conecta a este distrito con la zona norte de Beijing se encuentra a 20 minutos de las Villas para extranjeros. Estos factores hicieron que Pilar ajustara todas sus actividades cotidianas, por ejemplo desplazarse caminando o en bicicleta. Para alguien de su edad y tomando en cuenta sus antecedentes de forma de vida en México, este

cambio de utilizar automóvil a bicicleta para recorrer los *Compound*, la escuela y el supermercado le representó un esfuerzo físico inusual y “vergüenza” hacia su autoimagen:

- Al principio era decir ¡Ay que divertido! Andar en bicicleta, como pensando que sería lo tradicional en China, pero después de pedalear por las calles tan largas y solitarias, el clima tan de la chingada, o repleto de nieve que te hace imposible la vuelta de rueda, o con la temperatura a cuarenta grados bajo el sol, llegaba sudada o empapada con los labios morados con mis amigas, ¡Qué pena me daba! A veces ya de plano tenía que decirles que no podía ir, para no pasar vergüenzas, a todas ellas las llevaban sus “*shifus*” (choferes) o ellas mismas manejaban. Pilar (Entrevista, 2012).

-Ahora imagíneme a mí en bici con bolsas del súper que cargar, más cuidar que no me fuera a atropellar ningún coche de algún chino, me causa mucho cansancio [...] Vivir en Shunyi requiere tener un coche a la fuerza. Si no, te sientes aislada, relegada, muy jodida, no te puedes mover, ni salir de tu casa, te cuesta trabajo hasta ir a comprar un papel de baño. Muchas veces a mis hijos les dio catarro por llevarlos a la intemperie, por no haber ni un solo taxi para la escuela-. Pilar (Entrevista, 2013).

Vivir en un distrito especial para extranjeros tiene muchas desventajas si se tienen dificultades económicas como el caso de Pilar. Su adaptación al cambio estuvo repleta de obstáculos, comenzando por la falta de recursos tan básicos como transporte urbano para recorrer largas distancias o bajo situaciones climáticas difíciles.

Por otro lado, la enorme ventaja que ofrece el distrito de Chaoyang respecto a Shunyi es su conexión cercana al corazón de la ciudad, por lo que cuatro de las madres de familia: Marina, Daniela, Lucía y Andrea eligieron su residencia en este distrito. A continuación se describen las razones personales que tomó cada mujer para establecer su hogar en esta área de Beijing:

Marina en el viaje de reconocimiento que hizo acompañando a su esposo, visitó primeramente el distrito de Shunyi, tal como lo habían realizado Leticia y Nuria; visitó escuelas y residencias, pero al ver la distancia y el tráfico que su esposo recorrería diariamente para desplazarse hacia su trabajo, le originó preocupación. Otra razón de peso para no establecerse en este distrito, fue la sensación que le dio el ambiente del lugar:

- Mira que realmente me impresionó cuando llegué a Shunyi con mi marido, nos traían de arriba abajo, (haciendo referencia al agente) vimos muchas casas muy hermosas, lujosísimas, las niñas hubieran estado fascinadas con todas esas opciones, se veían los lagos artificiales, las arboledas, todo como de cuento de muñequitos, como un mini pueblito europeo todo limpio y ordenado, lleno de gente de todos los países de todos los idiomas. Pero la verdad, te digo, se ve como de plástico, como pre fabricado. Es rara la sensación, como que te hacen sentir que estás y no estás viviendo en China. Si tu intención es alejarte de todo lo que tenga que ver con los chinos, entonces si vete a vivir a Shunyi, ahí no te enteras de nada, no ves a nadie, sólo a tu vecino. Pero si quieres aprender a caminar en las calles con la gente, a hablar bien mandarín, a comer en un restorancito (sic) chino, aunque a veces te enfade por la gente y el smog, pero así sí estás realmente conociendo el lugar donde vives. Y si hubiéramos agarrado casa en Shunyi, nos hubiera quitado todo eso-. Marina (Entrevista, 2013).

A pesar de tener a dos de sus conocidas (Nuria y Leticia) viviendo en los *Compound* de Shunyi, Marina optó por buscar un lugar donde vivir cercano al trabajo de su esposo y a una escuela internacional para sus dos hijas en el Distrito de Chaoyang. El agente les dio el recorrido cerca de la zona del Parque distrital, muy concurrido por los extranjeros debido al panorama natural (además de ser uno de los escasos sitios verdes dentro de Beijing) compuesto por un lago artificial, micro sistemas ecológicos con estanques, peces, nenúfares, coníferas, árboles perennes, céspedes frondosos, playas artificiales de arena y rutas peatonales para dar largos paseos en caminata.

El departamento de tres recámaras que fue de su agrado se ubicaba en el octavo piso de un lujoso edificio, en cuya planta baja albergaba un gimnasio, una tienda de artesanías finas, un spa de masajes, un mini supermercado con productos occidentales (vino tinto, jugos, lácteos, pastas de trigo, embutidos, etc.) cajero automático para disponer de dinero en efectivo las 24 horas y alberca semi olímpica techada. La recepción contaba con tres secretarías bilingües, impecablemente uniformadas, dispuestas a satisfacer las necesidades de los residentes, tales como: pedir taxi, ordenar las compras del supermercado, inclusive, ayudar en las tareas de mandarín de los hijos de los migrantes.

Para Marina, todas estas comodidades representaron una ventaja superior respecto a una casa en Shunyi, aislada de la ciudad y de las actividades cotidianas del pueblo chino, por lo que, tras aceptar el lugar como su nuevo hogar

en Beijing, ajustaron el contrato, la empresa panificadora arregló el pago de renta y la familia pudo instalarse en este departamento, que ha sido su hogar a lo largo de cinco años que llevan viviendo en Beijing.

Así también, Daniela, Lucía y Andrea tomaron la decisión de habitar en el Distrito de Chaoyang por la cercanía de las residencias con la Embajada de México. Estas tres mujeres no vivían a un radio mayor a cinco kilómetros de la zona de las embajadas.

Daniela ha sido la única madre de familia quien ha cambiado de casa en dos ocasiones. La primera residencia en la que habitaron al momento de llegar a Beijing fue un departamento en el decimosegundo piso que les consiguió una secretaria asistente de la Embajada de México, quien hizo la función de intérprete con la dueña del lugar para arreglar el contrato de renta. Después de tres años de haber vivido ahí, la dueña incrementó el costo de la renta de forma exagerada, por lo que la familia tuvo que mudarse a otro lugar. En ese momento Daniela aprovechó la oportunidad para hablar con su jefe el embajador, pidiéndole usar uno de los departamentos de la embajada.

En la parte trasera del terreno de la Embajada de México se ubica un inmueble de tres pisos y seis departamentos, todos datan de la época del comunismo de Mao, caracterizados por sus paredes externas de cuadrícula blanca hecha de azulejo, doble ventana, amplios y viejos espacios conectados por una escalera principal ubicada al centro del edificio.

Estas instalaciones han tenido múltiples propósitos, tales como las oficinas de la Secretaría de Turismo y la sede del Departamento Militar en el primer piso. En los departamentos superiores se designaron los espacios habitacionales, generalmente para empleados allegados al embajador, quienes no les cobraba renta por su utilización, creando con esto descontento entre los miembros diplomáticos. En cuanto Daniela supo que uno de los empleados se regresaba a México y por lo tanto, desocuparía uno de los departamentos, aprovechó para pedirlo en uso, ya que esto le facilitaría tener a su hijo más cercano de su puesto de trabajo. El embajador aceptó de buena forma dado el desempeño impecable de Daniela, y de esta manera ella pudo establecer su segundo hogar dentro del

mismo distrito de Chaoyang. Esto representó una ventaja para la familia, ya que la escuela de su hijo y el trabajo de su esposo se encontraban a veinte minutos de la Embajada, Daniela no tendría la necesidad de utilizar su automóvil por lo que le ahorraría el gasto en gasolina, menos demora en el traslado a casa para estar cercana a su primogénito, acudir a la Embajada en caso de emergencia. Los tres integrantes de esta familia ya conocían bien el rumbo, donde realizar sus compras, acudir al cine, salir a caminar, por lo que en Chaoyang es donde realizan gran parte de sus actividades de vida. El único punto de vista negativo que encontró Daniela con este cambio es el siguiente:

- Vivir en el mismo lugar donde trabajas es un poco cansado porque ves a tu jefe todo el día y toda la tarde, a veces sientes que los empleados locales te espían un poco, además como hay espacios personales compartidos como el jardín trasero, esta área común no la podemos usar porque no quiero que mi hijo al jugar ahí me meta en problemas con las hijas del embajador-. Daniela (Entrevista, 2012).

La forma de elegir el distrito de residencia para el caso de Lucía y Pilar fue muy semejante: Ambas mujeres no tuvieron asignado un agente de reubicación quien las guiara por medio de recorridos, tampoco la libertad económica para decidir en qué casa o departamento vivir.

En estos dos casos, los departamentos en los cuales habitan fueron recomendados por gente conocida previamente establecida en el mismo lugar, en zonas cercanas al trabajo. Para Pilar fue el compañero piloto quien dio la referencia de un lugar económico en Shunyi; para el caso de Lucía, fue el militar que terminaba el cumplimiento de su misión de dos años en China y debía regresar a su base en México. El departamento estaba ubicado a diez minutos del Parque de Chaoyang y a veinte minutos de la Embajada de México.

El costo de la renta era accesible, el dueño del inmueble ya tenía las referencias de los militares, por lo que la contratación no pedía tantos meses de depósito previo, sabiendo que existiría el respaldo de la embajada en caso de alguna falla; el lugar se encontraba amueblado y decorado con elementos mexicanos que los colegas militares “donaban” durante su estancia en Beijing.

Por otra parte, Nicolás, el esposo de Lucía, fue quien tomó la decisión de instalarse en el inmueble, con la ayuda de la asistente del departamento militar de la embajada y a pesar de la indiferente opinión de Lucía al respecto del tema:

- Para mí todo me parecía igual en China, recién llegada sin conocer la esquina, ¿Qué más daba en dónde vivir? Además Norberto ya había arreglado todo, nos fuimos a la segura con el departamento que ya habían dejado (haciendo referencia al otro militar)-. Lucía (Entrevista, 2012.)

Para la familia de Lucía, habitar en el Distrito de Chaoyang les representó un fuerte cambio en relación a su casa en México, ya que el único referente, al menos para la madre y los hijos, eran las ciudades de Oaxaca y de Mérida, siendo éstos sitios tranquilos, sin sobrepoblación ni saturación de automóviles, con las calles fácilmente transitables, distancias relativamente cortas entre la casa, las escuelas y los supermercados, sin contar además con los cambios importantes del clima.

Lucía percibió al distrito de Chaoyang como una minúscula ciudad. Al no desplazarse de un radio mayor que el Parque y la Embajada de forma cotidiana, durante sus primeros meses de estancia, prefería realizar sus labores a pie, por temor a perderse, por no saber utilizar el sistema del metro, tampoco el transporte colectivo en camión. Otros puntos de impacto fueron la gran cantidad de gente que a todas horas agobiaban los sitios comerciales, las calles, las avenidas, siempre con prisa e indiferencia, así como la arquitectura imponente de los complejos habitacionales y las oficinas:

- Aquí en este lugar vas caminando y te tropiezas con harta gente por dondequiera, ni te pelan o a veces hasta te pisan y ni perdón piden [...]. Todo tapa el sol, no se ve ni el cielo ni las nubes, entre la contaminación y estos edificios enormes que en mi vida había visto hacen pura sombra-. Lucía (Entrevista, 2012).

Andrea se mostró conforme con habitar en el distrito de Chaoyang. Desde su llegada a Beijing, el nuevo hogar lo situaron cercano al sitio de trabajo, como casi todas las mujeres, exceptuando a Leticia. Chaoyang lo encontró como un sitio

amigable, en el aspecto de la conformación de su infraestructura y el fácil acceso a los servicios más comunes:

- Todo lo tenemos a la mano, es como una colonia que lo tiene todo, casi no uso el coche salvo para la escuela de Juan mi hijo, pero Antonio se va diario a la oficina en su bici-moto en cinco minutos ya llegó a la embajada y le queda muy bien para venir a comer y con eso nos ahorramos el gasto de sus alimentos en otros lugares, además que así pasa tiempo conmigo. Chaoyang es importante porque ahí están todas las embajadas, incluyendo la de nosotros, también los centros culturales como el Cervantes, donde dan clases de español a quien desee aprender el idioma, yo por ejemplo me queda bien Sanlitun y *Lanseganguan* (haciendo referencia al centro comercial del Solana en mandarín) ahí ya encontré quien me haga las uñas y el pelo, además de la escuela de mandarín donde estudio-. Andrea (Entrevista, 2012-2013).

Posteriormente, ella se integraría a trabajar como administradora al Centro Mexicano de Estudios de una importante universidad pública mexicana, también ubicada en el distrito de Chaoyang por lo que, teniendo ambos trabajos y la escuela cercanos, la familia ahorra tiempo de tráfico para su desplazamiento.

La postura de Andrea en torno a la elección del hogar no fue de preocupación, en comparación de las otras madres de familia como Pilar, Marina o Lucía, ya que Antonio se puso en contacto inmediato con otros diplomáticos de la embajada. Para evitar problemas de elección de residencia en cualquiera de los dos distritos, se establecieron a tres calles de la Embajada de México, en el *Compound* edificado por el gobierno de Mao para diplomáticos, uno de los más antiguos de Beijing. Este *Compound* está circundado por las embajadas de Italia y Grecia, además de la importante Plaza de Sanlitun, que concentra bares, restaurantes internacionales, supermercados, centros comerciales, spas, tabaquerías, sex shops, cinemas, tiendas de electrodomésticos, todo perfilado para el agrado de los migrantes internacionales.

El único punto negativo que declaró Andrea sobre Chaoyang era la situación de los migrantes ilegales procedentes de Europa Oriental, África y del sureste de Asia, que solían reunirse en Sanlitun, muchos de ellos para realizar actividades delictivas como venta de drogas y prostitución, conflictos entre grupos de pandillas que generaban grandes revueltas dentro de los bares y en las calles.

Esto provocó que la policía de migración acudiera a realizar cateos sorpresivos a los sitios públicos de la zona:

- En una ocasión, entró la policía al *Village* (el centro comercial donde se reúnen los extranjeros para socializar en Sanlitun) y apagaron la música, detuvieron las películas de los cines, pidieron que la gente saliera de los restaurantes, pedían visa y pasaporte. Había patrullas por todas partes, cerca inclusive de mi casa y me asusté. No quise salir a la calle esos días, para evitarme un cateo porque con tantos años aquí ya no cargo el pasaporte conmigo. Yo creo que fue por lo de los activistas chinos que han podido llegar a la embajada de USA a pedir asilo, y que es la forma en cómo los chinos se están desquitando-. Andrea (Entrevista, 2012).

Para Andrea, además de sentirse incómoda con la vigilancia de la policía china tan de cerca, en particular lo que le preocupó de estos cateos sorpresivos que se realizan en el distrito de Chaoyang, es haber tenido problemas con la policía debido al coche que poseen. El coche que ella cotidianamente utilizó para recoger a Juan de la escuela fue importado de México, un modelo compacto de cuatro puertas, que no estaba regularizado con los papeles de tránsito y las placas correspondientes. En más de una ocasión fueron detenidos por los oficiales de tránsito, quienes amenazaron con incautar el auto, pero a pesar de esto, la necesidad de uso y el abrigo diplomático, hizo que el auto no fuera regularizado y sí siguiera circulando por la ciudad. Por fortuna en esos episodios estuvo Antonio como conductor y lo resolvió a través del fluido diálogo en mandarín con la persona que lo detuvo, explicando su situación de diplomático migrante. Pero Andrea reconocía que el día que la detuvieran a ella sin su marido, no sabría qué hacer, temiendo perder el auto.

4.5. El reencuentro de la patria: Embajada de México

México y China iniciaron formalmente sus relaciones por medio de la diplomacia a mediados de diciembre de 1899. Se suscribió el Tratado de Amistad, Comercio y Navegación entre los Estados Unidos Mexicanos y el Imperio Chino, señalando que ambos países podrían nombrar a sus respectivos agentes diplomáticos para establecer las relaciones políticas y económicas correspondientes.

Ante los importantes eventos históricos de China, tales como la caída del imperio, la invasión japonesa, la guerra civil y la revolución cultural, la representación diplomática mexicana en este país tuvo que cambiar su sede a diferentes ciudades a través de los años: Nankin, Shanghai y Chongqing.

Fue hasta 1945 cuando se estableció el primer embajador mexicano en China. El general Heliodoro Escalante presentó sus cartas credenciales al presidente Chiang Kai-shek (Jiang Jieshi) permaneciendo en su cargo por un periodo de dos años.

Durante la proclamación de Mao Tse Tung sobre la fundación de la República Popular China acaecida el 1 de octubre de 1949, no se estableció ninguna representación diplomática mexicana en este país. La forma de mantener las relaciones diplomáticas con el gobierno del Kuomintang, se realizó a través de la embajada concurrente situada en Japón. La concurrencia se comprende como las representaciones acreditadas ante el Gobierno mexicano, pero cuya sede se encuentra en otro país distinto a aquél con el que se mantienen las relaciones diplomáticas de interés.

Fue hasta el 17 de noviembre de 1971 cuando México se unió al voto favorable para permitir el ingreso de la República Popular China a la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que dicha República concediera el establecimiento de la Legación mexicana en territorio chino. En mayo de 1972, la Embajada de México inició formalmente sus actividades en la ciudad de Beijing, estableciendo la sede en el Hotel Pekín, para luego trasladar sus oficinas al predio que el gobierno comunista le designó, en la zona de embajadas, ubicado en el área de Sanlitun, distrito de Chaoyang.

Desde hace cuarenta y dos años, y a través de doce embajadores, la Embajada de México ha trabajado bajo los principios de respeto a la no intervención, la soberanía y la integridad territorial de cada país, así como los principios referentes a la coexistencia pacífica y la cooperación para el beneficio mutuo de ambas naciones. A lo largo de la historia política, cada mandatario mexicano ha realizado formales visitas de Estado a China: Luis Echeverría en 1973, José López Portillo en 1978, Miguel de la Madrid en 1983, Carlos Salinas de

Gortari en 1993, Ernesto Zedillo, en 1996, Vicente Fox en 2001, Felipe Calderón Hinojosa en 2008 y Enrique Peña Nieto en 2013.

Lo anteriormente descrito demuestra la importancia que tiene el “gigante asiático” para México y que con el tiempo, ante el auge económico y político que presentan ambos países, se ha presentado la necesidad de ampliar y fortalecer la estructura y funcionamiento interno de la Embajada en Beijing. Para efectos de la presente investigación, es necesario recalcar las funciones, que por obligación, tienen los funcionarios de la embajada respecto a la comunidad mexicana, sin importar las razones personales que cada uno de sus miembros tengan para estar en China.

Primeramente, además de velar por los intereses y defender dignamente el nombre y la imagen de México, se tiene que hacer vigente en todo momento los derechos de sus nacionales, de conformidad con el derecho internacional. Se debe de mantener informada a la Secretaría de Relaciones Exteriores acerca de la condición en la que se encuentren los mexicanos que transiten o residan en territorio chino, particularmente en los casos en que proceda una protección especial de la sección consular.

La asistencia consular se debe llevar a cabo ante la solicitud de cualquier mexicano que tenga relación alguna con las autoridades extranjeras, en este caso, las autoridades chinas. Los mexicanos que se acerquen a la Embajada ubicada en Sanlitun deberán recibir orientación gratuita, clara y oportuna sobre la legislación local, la convivencia con la población china, información sobre sus derechos y obligaciones frente al gobierno chino, así como de sus vínculos y obligaciones en relación con México. Se debe de realizar su registro en la oficina de asuntos consulares, portando pasaporte vigente, brindando su dirección de residencia en China, los teléfonos de contacto en México para casos de emergencia y facilitar la rúbrica que quedará asentada en la documentación de archivo.

Una de las obligaciones que también deben efectuar los miembros de la sección consular de la Embajada de México es visitar a los mexicanos que se encuentren detenidos, presos, hospitalizados o de alguna manera en situación de desgracia. Este último punto resulta particularmente interesante, ya que para

efectos de un óptimo trabajo, los funcionarios de la embajada deberían manejar un nivel adecuado del idioma mandarín para poder desempeñar su labor forma fluida y adecuada al momento de interactuar con las autoridades locales.

Sin embargo, esto no sucede así: De todos los diplomáticos quienes laboraban en la sección consular durante la realización de esta investigación, únicamente una persona tenía la capacidad lingüística suficiente para poder interactuar con las autoridades chinas, atender todos los múltiples casos que requerían de intervención y asesoría para los nacionales. Esto derivaba en una sobrecarga laboral y por lo tanto, en una ineficiente capacidad de respuesta inmediata, en caso que algún miembro de la comunidad mexicana lo llegara a necesitar. Esta carencia del manejo del idioma local se aplicaba a más de un funcionario diplomático, quienes generalmente arribaban a China sin previa capacitación sobre la representación asignada, las costumbres locales, la forma de vida y sobre todo, el aprendizaje del mandarín enfocado a las funciones del puesto a ejercer.

El único diplomático mexicano (exceptuando algunos mexicanos que laboraban como empleados locales para la Embajada y que demostraban un excelente dominio del idioma, siendo con esto de gran ayuda) que contaba con el mejor nivel de mandarín era Antonio, el esposo de Andrea. Antonio no trabajaba en la oficina de sección consular, sin embargo, en varias ocasiones fue requerida su presencia para fungir como intérprete en situaciones de pacientes hospitalizados o bajo necesidad de asistencia consular. Él realizaba esta tarea bajo la autorización del embajador, únicamente por el sentido de mantener su deber y por empatía hacia la comunidad mexicana, mas no porque su puesto específicamente así se lo demandara. Este tipo de actividades llegó a representar una serie de conflictos con su pareja, ya que Andrea por momentos sentía grandes huecos de soledad, al verse largas horas habitando ella sola su departamento sabiendo que su marido realizaba labores extra oficiales sin compensación económica, salvo la satisfacción de ayudar al compatriota en necesidad.

Sin embargo, el buen carácter de Antonio, su facilidad para socializar y su gusto por hacer extenso el aspecto servicial y comprometido de la Embajada, le permitió a varios miembros de la comunidad mexicana, entre ellos Carlos, el esposo de Marina, y a Francisco, el esposo de Pilar, acercarse más de una vez a su oficina para tratar asuntos laborales y pedir orientación al respecto, fomentando así, una relación estrecha entre estos hombres que buscaban una mejor forma de vida en Beijing.

Otra de las importantes funciones de la Embajada de México es ejercer, cuando corresponda el caso, las funciones de Juez del Registro Civil. A través del Código Civil Federal, se pueden autorizar en China las actas de registro civil y las copias certificadas concernientes al nacimiento, el matrimonio, entre dos mexicanos, y la defunción de los nacionales que haya tenido efecto en territorio chino.

Por ejemplo, el nacimiento de David, el tercer hijo de Leticia y Juan, así como el primogénito de Andrea fueron registrados en la sección consular a las pocas semanas de haber sido egresados del hospital, obteniendo así su documentación para conformar su nacionalidad mexicana, todo esto bajo la protección y asistencia de la Secretaría de Relaciones Exteriores a través de la representación en China. Para las madres de familia de estos menores, les era de vital importancia otorgarles a sus hijos su identidad de mexicanos. A través del registro, a pesar de haber nacido “fuera de casa” como ellas lo mencionan, podían sentirse satisfechas de saber que sus hijos tendrían derechos y un reconocimiento oficial al momento de regresar a México. Señala Leticia en torno al registro y la idea de la nacionalidad mexicana de su hijo David:

- Lo mexicano no es solamente cantar el himno nacional, honores a la bandera, comer tacos o hablar español, todo parte de tener un acta de nacimiento, desde que naces ya sabes qué nacionalidad tienes, que te protege y te da valores, aunque en la vida diaria no lo veamos, pero ahí está. Si mi marido y yo somos mexicanos, todos nuestros hijos también lo son-. Leticia (Entrevista, 2012).

Para el caso de Juan, Andrea y su esposo tienen un amplio argumento a favor del registro de su hijo en la embajada de México, y las razones van del ideal

del servicio dentro de la labor diplomática, hasta como la representación de la patria mexicana se expresa en la familia:

- En México asociamos la nacionalidad con el territorio. Nacer en México te da todo, si naces fuera, eres como alienígena, un mexicano de segunda [...]. Registrar a Juan como mexicano es algo fundamental porque ante todo somos mexicanos. Con todos sus defectos no cambiaríamos a México por ningún país. Todo lo que somos y lo que tenemos, el trabajo de diez años que nos da casa y comida se lo debemos a México. Si Juan pudo nacer en un buen hospital y tener las oportunidades de educación, salud, nivel de vida, que ha tenido aquí en China, es gracias a México. Andrea (Entrevista, 2012).

-Uno no escoge donde nace, ni a sus padres, pero en algunos casos, sí puedes escoger a tu país. Aunque hay quienes lo hacen por pura conveniencia, hay muchos que escogen ser mexicanos por que les gusta el país, porque lo conocen, a menudo más que los mexicanos que simplemente nacimos en el país o que nuestros padres son mexicanos, creo que tiene más valor escoger tu país, tu nacionalidad, que simplemente heredarla-. Andrea (Entrevista, 2013).

La importancia que tiene el papel de la Embajada como punto de encuentro para la comunidad mexicana, así como para las madres de familia que participaron en la investigación, puede representarse por medio del siguiente argumento del esposo de Andrea:

- Afortunadamente Juan no tiene ningún conflicto de identidad. Desde que tiene conciencia se siente mexicano, lo que pienso que ha influido importantemente es que él es parte de la comunidad de la embajada, que es el núcleo de la colonia de mexicanos que vivimos aquí. Juan prefiere estar en México y aunque le tiene cariño a China, a Beijing y a Sanlitun donde vivimos, siempre se define como mexicano cuando está en la escuela o cuando le pregunta la gente. Nosotros se lo hemos inculcado mucho, pero bueno, si en el futuro él se casara con una coreana o una keniana, o si se hiciera español o gringo, pues para nosotros no representaría cambio alguno, la vida lo puede llevar por muchos caminos, lo que nunca vamos a dejar que olvide, es que todo lo que tiene de niño y de joven, es gracias a México-. Antonio (Entrevista, 2012).

Así como Juan, todos los hijos de las madres de familia residentes en Beijing encontraban en la Embajada el único sitio para cultivar su identidad como mexicanos, por lo que en cada evento organizado por el Área Cultural asistían de forma puntual.

Dicha área tiene el objetivo de promover la difusión de la cultura mexicana a través de diversas actividades como: conferencias sobre educación, artes, turismo, mexicanos relevantes para el mundo, historia, festividades, etc. De igual forma se organizan seminarios, exposiciones temporales relacionadas con el arte mexicano, presentaciones artísticas de grupos folklóricos, ciclos de cine tradicional y contemporáneo, muestras gastronómicas del centro y sur del país, presentaciones de danza y actividades representativas de acuerdo con el calendario de tradiciones, por citar algunos ejemplos, la ofrenda del día de muertos con las clásicas calaveritas, la ceremonia del grito de independencia y la posada navideña.

Estas familias y los otros miembros de la comunidad aprovechan estas ocasiones para convivir entre ellos, conocer nuevos miembros o invitar a otros expatriados, a conocer la cultura mexicana. En particular, cuando las madres de familia acuden a la embajada, interactúan entre ellas o con otras personas con la finalidad de compartir su experiencia de vida en la ciudad, intercambiar información de temas relacionados con las escuelas, las tiendas de insumos, sitios de recreación, novedades en la comunidad latina, fiestas próximas, etc.

Otro punto a considerar en este tema de la Embajada de México y las madres de familia, está relacionado con la actividad laboral dentro de la diplomacia. Para ello se hace referencia a la Convención de Viena sobre Relaciones Diplomáticas, documento de carácter internacional resguardado por las Naciones Unidas, donde se establecen las relaciones, los privilegios y las inmunidades entre los miembros de las misiones diplomáticas en calidad de representantes de los Estados. Estos privilegios e inmunidades tienen la finalidad de garantizar el desempeño de dichas misiones, y con ello contribuir al desarrollo de las relaciones amistosas entre las naciones, en este caso aplicable a la relación entre México y China.

Acotando los artículos de la Convención de Viena al tema de investigación, se hace mención de tres de ellos que resultan importantes:

El Artículo 29 establece que:

“La persona del agente diplomático es inviolable. No puede ser objeto de ninguna forma de detención o arresto. El Estado receptor le tratará con el debido respeto y adoptará todas las medidas adecuadas para impedir cualquier atentado contra su persona, su libertad o su dignidad.”

El Artículo 37 hace extensiva la inmunidad y el trato con respeto hacia todos los miembros de la familia del agente diplomático, para garantizar su integridad y dignidad mientras habiten en el Estado receptor. De igual manera, este artículo hace extensiva a la familia del diplomático, la abstención de ejercer alguna actividad laboral en el Estado receptor, especificado en el artículo 42:

“El agente diplomático no ejercerá en el Estado receptor ninguna actividad profesional o comercial en provecho propio.”

Lo anterior denota la imposibilidad para el diplomático de realizar ningún tipo de trabajo remunerado para beneficio personal fuera de las labores designadas por la Embajada de México en China, y el artículo 37 lo hace extensivo a su familia.

Aunque existen algunos acuerdos entre países para permitir que los familiares de los miembros de la diplomacia puedan tener un trabajo remunerado, desafortunadamente, para el caso de China no existe ningún acuerdo de este tipo y no hay oportunidad laboral para extranjeros que no tengan visado de trabajo. Esto representó una desventaja para Ernesto el esposo de Daniela, Andrea y Lucía, quienes ingresaron al país con pasaporte diplomático por estar casados con miembros del Servicio Exterior Mexicano. Se les restringió toda posibilidad de insertarse a la población extranjera económicamente activa en Beijing, permaneciendo entonces bajo la dependencia de sus parejas.

Como estrategias para conseguirse una fuente de ingreso y un proyecto personal a pesar de esta restricción laboral, Ernesto comenzó a ganarse la confianza de la directora de la escuela de su hijo Enrique, que le permitió con el tiempo desempeñar pequeñas funciones de publicidad, logística y trato con los padres de otros alumnos. Sin contrato de por medio, carente de cualquier tipo de prestaciones, siempre a la sombra de la legalidad, Ernesto podía tener un trabajo

que lo hiciera sentir productivo. Daniela compartió una experiencia negativa derivado de estas condiciones de vida en Beijing:

- Pasó que unos padres de familia no querían pagar la colegiatura que Ernesto tenía que pedirles, y “misteriosamente” al poco tiempo de este incidente, la directora recibió la llamada de la oficina de migración, estaban por hacer una inspección para revisar el estatus migratorio de los maestros y empleados de la escuela. Ella no pudo hacer nada porque había que mantener el prestigio y la seguridad del colegio, así que mi marido tuvo que ausentarse de su trabajo por meses. A veces se daba unas vueltas para que la directora no le fuera a quitar su puesto, él estuvo muy nervioso y malhumorado en ese tiempo. No sabemos si fue coincidencia o no, pero si la pasamos muy mal-. Daniela (Entrevista, 2012).

Andrea dedicó enteramente su tiempo durante los primeros dos o tres años de vida de su primogénito, permaneciendo en su hogar, limitando la vida social. Pero con el paso del tiempo, comenzó a sentir la necesidad de “tener algo” por cuenta propia, por lo que su estrategia fue ofrecer sus servicios de contabilidad a distancia a algunos conocidos que vivían en México. Durante algún tiempo fue de utilidad, pero el proyecto no prosperó del todo por efectos de distancia y falta de actualización en materia hacendaria. Después Andrea buscó otras fuentes de ingreso a través del contacto con algunos miembros de la comunidad latina en Beijing, pero no tuvo éxito:

-Estuve trabajando para el Sr. E, un empresario que tiene muchos negocios aquí en China, le estuve haciendo toda una revisión de sus ingresos y egresos, pudo ahorrar una gran suma de yuanes que cualquier chino bien pudo estafarle. Después de mucho esfuerzo y tiempo que me hizo estar ocupada y sin mi hijo, al final tuvimos un fuerte desacuerdo respecto al pago. Y creo tiene que ver porque al no ser contratada, nadie te toma en serio-. Andrea (Entrevista, 2013).

Lucía en ningún momento intentó trabajar. La privación del manejo de otro idioma que no fuera español, el impacto de vivir por vez primera en una ciudad tan grande como Beijing, y su esposo quien se mostraba renuente ante la posibilidad de que ella hiciera alguna actividad económica, la orillaron a permanecer como ama de casa al cuidado de sus hijos. Para Lucía, la dependencia total de su esposo y el cambio radical de vida le resultó en varios conflictos y roces maritales así como episodios de tristeza y enojo que no podía externalizar fácilmente frente a

su familia, pero encontraba un poco de desahogo con sus amistades más cercanas.

La Embajada de México, se constituye como el punto de encuentro para la comunidad mexicana y en donde las tradiciones se refrescan, donde se recuerda a la patria y también donde las familias pueden sentirse parte de México, aun encontrándose muy lejos.

4.6. El templo de Nantang y la comunidad hispano-italiana católica

Hasta la fecha existe el debate entre los eruditos teóricos de la historia de la religión, la arqueología y la teología respecto a la fecha y la forma en que el cristianismo fue introducido a China. La opinión se encuentra dividida en tres: La primera teoría postula que esta religión fue llevada a China por cristianos que huían de la persecución del Imperio Romano. La segunda afirma la participación de dos misioneros provenientes de Siria, y la tercera opinión da como fecha el siglo III. Entre las órdenes religiosas con mayor presencia se encontró la orden de los Jesuitas, quienes se ganaron el favor de la corte imperial de la dinastía Ming gracias al gran bagaje de conocimiento científico con los que contaban en esa época.

Lo considerable en este punto es que en China, a lo largo de los siglos, el cristianismo nunca ha tenido la misma importancia como el taoísmo, el confucianismo o el budismo. Su presencia se mantiene débil y muy controlada por los intereses del gobierno comunista, ya que la República Popular China considera ilegal cualquier religión que opere en el país jurando lealtad a otro gobierno. Para que la religión católica pueda expresarse hacia la población, todos los sacerdotes y obispos pertenecientes a la Iglesia Patriótica deben estar subordinados a las autoridades del gobierno comunista chino. Haciendo una breve suposición, el control de los discursos y la ideología compartida durante el ritual de la misa deberá ir sujeta a la ideología gubernamental, evitando en todo momento la posibilidad de que surja alguna manifestación contra el poder.

Es de llamar la atención que si algún extranjero católico quisiera ir a escuchar la palabra de Dios en este país, se deben seguir ciertas particularidades:

Buscar el sitio donde se oficien misas, cuyas opciones se encuentran las embajadas de Italia, Canadá, Argentina (para el caso de la Embajada de México no existe este tipo de servicio debido a la laicidad de la institución, sin embargo, resulta interesante saber que para otros gobiernos, la religión puede expresarse en los espacios de las misiones diplomáticas) y las iglesias de Xitang y la Catedral de Nantang. En caso de acudir a estos lugares, se debe de portar el pasaporte que compruebe que no se es de nacionalidad china, para evitar los conflictos previamente mencionados. También hay que ajustarse al idioma del sacerdote que oficie la misa, ya sea en francés, italiano, español, coreano o inglés, idiomas más utilizados debido a la procedencia de origen de los sacerdotes.

Para el caso de Nantang, existen dos aspectos a considerar: el primero es que al tratarse de un inmueble administrado por gente china, los eventos culturales locales resultan de mayor peso que las actividades eclesiales; como ejemplo, durante la festividad del año nuevo chino existe el cese de las funciones en la catedral. Y segundo, al ser un inmueble en renta, el extranjero y su familia tiene que cooperar puntualmente con el diezmo para que a través de este, la renta del lugar sea pagada. Si se presentara un ausentismo importante de creyentes, existiría el riesgo de no poder completar la tarifa de la renta y el espacio se perdería. Esto genera preocupación entre las escasas familias de la comunidad hispano-italiana que acuden de forma regular.

La catedral de la Inmaculada Concepción de Beijing (Nantang)

Nantang significa “La iglesia del sur”, data de 1605 y es la iglesia católica más antigua de Beijing. Fue fundada por el misionero italiano jesuita Matteo Ricci, tras una ardua labor de treinta años de evangelización. Esta Iglesia se fundó como una pequeña capilla con un importante estilo chino, por lo que resulta muy interesante ante la vista del espectador su destacada estética producto de la unión de dos estilos culturalmente distintos que giran en torno a un mismo objetivo: un lugar sagrado en donde profesar la religión católica y la adoración a Dios.

El jesuita alemán Johann Adam Schall von Bell comenzó la construcción de una nueva capilla que en 1690 recibió por primera vez a un obispo y se convirtió en catedral. En 1775 la catedral fue dañada por un fuerte terremoto y en 1900 fue destruida nuevamente por el levantamiento de los bóxers. Tras estos eventos en 1904 fue reconstruida y adquirió su actual arquitectura. La catedral de Nantang es la mayor de las catedrales católicas en Beijing y una de las más activas, ya que es el sitio de congregación de los extranjeros católicos.

Se encuentra ubicada en el área de Xuanwumen (南堂 - 141 Qianmen Xi Dajie, - 前门西大街141 宣武门站). Es notable la característica de la fusión de dos culturas para formar la estética de su edificación y adecuar la religión occidental en un contexto oriental: En su exterior, el edificio está rodeado por una barda construida tipo *hutong*, de piedra gris, como la tradicional construcción pekinesa. Su entrada se encuentra adornada con arcos chinos, al fondo y al frente se erige una gran escultura alusiva a Matteo Ricci, quien mira de frente a los feligreses que penetran al recinto. El atrio contiene un jardín decorado al estilo oriental, entre las plantas, piedras grabadas con caligrafía en rojo, y por encima de una fuente discreta, se encuentra una blanca estatua de la virgen María.

En la catedral se ofician misas por 10 padres chinos autorizados por el gobierno comunista chino, un sacerdote español, un sacerdote italiano y un padre francés, lo que permite ofrecer este ritual religioso en varios idiomas. La comunidad mexicana y las madres de familia como Daniela, Marina y Lucía prefieren acudir a las misas organizadas por el padre italiano, quien es considerado un líder en la comunidad por el hábil manejo de tres idiomas: italiano, español e inglés, lo que le facilita impartir una sola misa, en los tres idiomas de manera simultánea. Su calidez y su interés por hacer sentir a las familias atendidas y orientadas en los valores de la fe católica, le lleva a formular actividades de integración, como caminatas, convivencias familiares y misas al aire libre, esto resulta en una actividad complementaria durante los fines de semana.

Es importante destacar que Marina era la madre de familia mexicana que mayor papel tenía en esta comunidad religiosa. Debido a sus antecedentes

familiares, en donde hermanos y tíos profesan el sacerdocio en México, y en cuyo hogar de origen los valores católicos estructuraban a la familia, Marina desde su arribo a China buscó este espacio para participar de forma activa e involucrar a sus dos hijas y a su esposo en esta comunidad. Así, ella comenzó con la recolecta del diezmo para pagar la renta del espacio de la misa; acudió a orfanatos para entregar donaciones, reunió a las madres de familia de otros países para realizar kermeses de comida y artículos típicos para recabar fondos, y posteriormente fue la encargada de la preparación y formación de los niños latinos que realizarían el sacramento de la primera comunión.

Daniela acudía de forma regular a misa, la mayor parte de las veces sola, o con su hijo, ya que a su esposo no le agradaba, a decir de él “porque la gente hipócrita no va a misa a profesar la religión, sino a hacer chismes como de vecindario hacia los demás”. Él se mostraba renuente a convivir con el resto de las familias mexicanas dentro de la iglesia y después de misa, por considerarlo una pérdida de tiempo. Para Daniela la religión católica es importante con relación a los valores, pero ella no asistía a misa, ni practicaba el culto católico de manera constante; se mantenía cercana a la comunidad cuando se enteraba que sus dos jefes, tanto el ministro como el embajador, estarían presentes durante la misa dominical. Su presencia ante sus jefes, los otros miembros de la diplomacia y las familias mexicanas, era considerada por ella, como una estrategia de imagen, formalidad y de integración a la comunidad.

Para madres como Pilar o Leticia, la distancia de Shunyi a Nantang les tomaba en promedio un recorrido de dos horas, por lo que, debido al tráfico, a la carencia de medio de transporte (para el caso de Pilar) y las actividades deportivas de los hijos (en el caso de Leticia) les impedía acudir de forma rutinaria a las misas dominicales. Para ellas, la religión no es un problema viviendo en China, su forma de inculcar la religión en los niños es a través de actividades caseras y sencillas como la oración antes de dormir, o la lectura muy ocasional de la Biblia.

Lucía tenía el conflicto de acudir a misa sola por el idioma y por no estar en compañía de su esposo; si a él se le presentaban actividades programadas, ella

no se sentía segura de acudir por cuenta propia en taxi, así como tampoco el ánimo de ir sola. Por otro lado, si la iglesia cerraba y las misas se ofrecían en otros idiomas como inglés o francés, para ella representaba una barrera total y un alejamiento de la religión. Aunque aceptó que aún en México “no era de ir a misa cada domingo, sólo en fechas especiales”, estas dos dificultades en China le hicieron desistir de profesar la religión de forma constante.

En este espacio católico, algunas de las madres pueden encontrar un lugar para continuar con la formación de sus valores morales, así como de sus costumbres adquiridas en México. A pesar de las condiciones bajo las cuales se realizan las misas como los distintos sitios, idiomas y del pago de la renta de la iglesia, estas madres han podido integrar, en mayor o menor medida, a la religión en su vida cotidiana.

Las escuelas internacionales para la educación de los niños

Estas escuelas privadas, formadas con inversiones internacionales y bajo la autorización del gobierno chino, ofrecen sus servicios a las familias extranjeras y en algunos casos, a familias chinas que puedan cubrir con la exigencia curricular. Hasta el momento en que se llevó a cabo esta investigación, estaban registradas y en funcionamiento aproximadamente 40 escuelas internacionales, que abarcan desde jardín de niños hasta bachillerato.

El perfil académico y el sistema educativo de estos colegios en su mayoría son ingleses, canadienses, estadounidenses, coreanos, rusos, alemanes y japoneses.

En la mayoría de estas escuelas basan su métodos de enseñanza en un sistema bilingüe, con maestros de tiempo completo de habla inglesa, (para el caso de los sistemas rusos, coreanos y japoneses se adecúa según la prioridad del idioma) así como también maestros de habla mandarín. Ambos maestros interactúan durante todo el día con los niños, así que hay una exposición constante de los niños a ambos idiomas, lo que les ayuda a aprender las bases de cada uno para la academia y la vida cotidiana. Cursan todas las materias

escolares en dos idiomas, además de poder elegir un tercer idioma complementario como francés, español, ruso, japonés o alemán.

La segunda característica de algunas de estas escuelas, es seguir un plan de estudios basado en el desarrollo de inteligencias múltiples, lo que significa que el niño es reconocido como un individuo y al aprendizaje se le considera como un viaje. El currículo escolar basado en las inteligencias múltiples ayuda a los maestros y a los alumnos a reconocer que todos son inteligentes y que cada uno cuenta con sus propias inteligencias, experiencias y habilidades. Los niños son estimulados para que por sí mismos exploren el ambiente, expongan sus dudas basándose en su curiosidad y al final ellos propongan los temas de clase.

Estas dos características facilitan una rica exposición multicultural de los niños que acuden a este tipo de colegios, enriqueciendo la diversidad del lenguaje, la forma de adquirir conocimientos y en su proceso de socialización con otros niños de su edad que proceden de países diferentes. Otra ventaja que obtienen los niños, está relacionado con la labor de interpretación. En muchas ocasiones los padres o alguno de los padres no hablan mandarín, así que los niños se convierten en sus maestros o intérpretes frente a la sociedad china. Los niños mayores que llegan a adquirir una buena forma de comunicación en mandarín se convierten en la principal fuente de interlocución de la familia con la sociedad receptora en la vida cotidiana.

Uno de los principales problemas de las escuelas internacionales en Beijing es que se encuentran saturadas, encontrar lugar para los niños no es tarea fácil, y en ocasiones no es posible seleccionar la escuela de preferencia de los padres. En todas las escuelas internacionales existe un exceso de demanda, por lo que se llegan a crear listas de espera bastante largas, esto obliga a los padres a buscar otras escuelas o en el peor de los casos a que los niños pierda el año escolar.

Otro problema importante es el costo de las escuelas internacionales, en muchos casos la colegiatura es mucho mayor comparado con otros países. En algunos casos es posible contar con un descuento si se es de las primeras 50 familias que se inscriben, aunque esto no es una promoción generalizada, así que hay que estar al tanto si esta opción está disponible. Los costos de las

colegiaturas mensuales pueden variar desde 13,000 pesos mexicanos para un jardín de niños, hasta cuotas mucho mayores, como es el caso de las escuelas internacionales americanas o británicas cuyas colegiaturas por mes pueden ascender hasta 40,000 pesos mexicanos. Es de destacar que los costos de las escuelas internacionales pueden ser mucho mayores que los del país de origen. Por ejemplo, para el caso de los jóvenes a nivel licenciatura, puede resultar más económico pagar los estudios del joven en la prestigiada Universidad de Oxford, que en alguna universidad China.

Los sistemas de enseñanza de los colegios internacionales toman sus bases de las modalidades educativas de cada país, como en el caso del sistema americano o británico, pero no incluyen al sistema chino como tal, esto puede representar una desventaja al no sacar provecho de la vida en China, su cultura y su sistema educativo.

4.7. Las escuelas internacionales de educación básica

Beanstalk International Bilingual (BIBS)

Esta escuela es uno de los ejemplos de modelo educativo que combina lo mejor de los sistemas educativos occidentales y orientales. Se basa en un enfoque humanista dirigido a la apreciación del arte y al conocimiento de diferentes culturas, idiomas y celebraciones internacionales. Por lo tanto, es una escuela bilingüe donde el idioma base es el inglés (sistema de inmersión) y el chino mandarín. Las cuotas de colegiatura varían dependiendo del nivel escolar y el tiempo de asistencia a la escuela, que puede ser medio día o día completo. Los costos pueden variar desde 60 mil pesos hasta 300 mil por año. Las cuotas no incluyen el costo la comida durante el almuerzo que es de 50 pesos por día. La ventaja que ofrecen los menús, es que están adecuados para dietas musulmanes, chinos u occidentales. En caso de requerir transportación a la casa, el costo es de 20 mil pesos por año. Esta escuela admite alumnos desde los 2 hasta los 18 años. Las actividades extra curriculares varían dependiendo del nivel de estudios y el campus, sin embargo los niños pueden asistir a actividades como natación, ballet,

inglés, chino, yoga, gimnasia, tenis, arte, atletismo, basquetbol, ciencias, danza, música, teatro y fútbol.

Otro beneficio en esta escuela, es que cuenta con servicio de enfermería de tiempo completo, con personal bilingüe altamente calificado. El hijo de Daniela acudió a esta escuela y durante los accidentes leves que le ocurrieron, entre ellos abrasiones por caídas y traumatismos leves, la atención que recibió fue inmediata y adecuada, recibiendo tratamientos locales basados en asepsia y antisepsia. Por regla general, las enfermeras tienen proscrito recetar ningún tipo de medicamento a menos que éste haya sido recetado por un médico externo y que el alumno se encuentre en tratamiento específico.

Para Daniela, las principales ventajas de esta escuela es que su hijo se desempeña con gusto en todas las actividades académicas que ella considera “de buen nivel”, al mismo tiempo que su esposo labora de manera semi formal dentro de esta institución, manteniéndolo ocupado y activo, al mismo tiempo que cercano y pendiente de su hijo.

Beijing Rego British School (BRBS)

Es una de las más nuevas de los suburbios de Shunyi. El modelo educativo está basado en el sistema británico, por lo que todas las clases son en inglés, dándole importancia a la cultura china. Esta escuela enfatiza la importancia de la cooperación entre los padres, los alumnos y los maestros. Todo con el objetivo de explorar las habilidades y las aptitudes de los jóvenes para su mejor educación. Esta es una escuela de tiempo completo y las cuotas de colegiatura varían dependiendo del nivel escolar desde 300 mil pesos hasta 400 mil por año. Las cuotas no incluyen el costo la comida que es de 60 pesos por día, y al igual que la mayoría de las escuelas, los menús están adecuados para musulmanes, chinos u occidentales. El transporte escolar tiene un costo es de 17 mil pesos por año. Esta escuela admite alumnos desde los 3 hasta los 18 años. Es importante destacar que esta escuela no acepta alumnos chinos, para optimizar el ambiente extranjero. Se pueden tener clases de idiomas como mandarín, francés y español. Las actividades extra comprenden la asesoría para los estudiantes, servicios

comunitarios, natación, waterpolo, cricket, buceo, ballet, arte, basquetbol, danza, y música.

Al ser de reciente apertura, esta escuela ofreció becas a los primeros alumnos en inscribirse. Para Pilar, esto fue de una gran ayuda para su precaria situación económica. Esta familia no podía costear las colegiaturas de muchas de las escuelas de Shunyi debido al precio excesivo, así que al solicitar la inscripción y recibir la beca, los hijos de Pilar pudieron continuar con sus estudios y a los padres esto les dio una gran tranquilidad. Al inicio del ciclo escolar, los hijos de Pilar se mostraron preocupados y estresados por el nivel de inglés en las clases y durante la convivencia con los compañeros escolares. Quien mostró mayores datos de estrés fue la hija menor, quien pasaba tardes enteras llorando en su recámara por extrañar a sus amigas y por no poder hacer nuevos amigos.

Pilar comentaba:

- Me partía el corazón mi niña, su soledad, tanto cambio, el idioma, aunque los maestros muy buenos, no se compara cuando uno ya está en su escuela de toda la vida, como lo estaban en México. Yo la abrazaba y trataba de no llorar frente a ella, pero por dentro me daba una tristeza tremenda verla sufrir, sabiendo que no podía hacer nada-. Pilar (Entrevista, 2012).

Las estrategias empleadas por Pilar para tratar que su hija pudiera mejorar el estado de ánimo, su tristeza y su aislamiento inicial fue invitar a los nuevos amigos a comer a la casa de manera rutinaria y preparar comida mexicana para que los niños aprendieran la cultura de su hija y que ella se sintiera orgullosa de ello. También fomentó la convivencia social entre alumnos fuera de clases al platicar con sus madres para organizar pequeñas reuniones. Por otro lado, regularizó a su hija con clases adicionales de inglés.

Al término de unos meses, esto pareció darle resultado. Al finalizar el ciclo escolar, la vivencia de Pilar respecto a la adaptación de su hija se transformó, provocando nuevos sentires en la forma de percibir cómo los hijos se involucran en una dinámica multicultural escolar:

- Mi hija es una niña muy fuerte. Esta fusión de culturas que ya tiene dentro me asusta un poco, por estar lejos de México, pero sé que siempre ella regresa a lo que uno es, y todo esto le servirá

para su vida futura. Entiendo que no es alejarla de lo nuestro, sino sumar, y empaparse de vivencias y experiencias. Finalmente por eso estamos aquí (en China). Sé que no ha sido fácil, sobre todo después de haber estado tan solita, y de haber pasado por tantos cambios, pero creo que ha sabido superar los obstáculos-. Pilar (Entrevista, 2013).

Como un ejemplo sencillo de lo anterior, se muestra la imagen de la boleta de sus calificaciones que se encuentra emitida en idioma mandarín. Para Pilar esto le representa un obstáculo por la falta de una total comprensión de documentos importantes relacionados con su hija, pero es la alumna misma quien se encarga de explicar e interpretar estas situaciones dada la limitación de su madre en el manejo del idioma.

海嘉国际双语学校 2013—2014 学年度五年级中文第三阶段学生发展报告

学生姓名: Alejandra De Leon 班级: 5P 教师: 丁兴斌 袁婷婷

等级标准 A——优秀 B——良好 C——达到标准
D——需要提高 E——本阶段未涉及

学科: CSL-1 段

听说	成绩
与人交谈能尊重、理解对方。	A
乐于参与讨论, 敢于发表自己的意见。	A
对他人谈话认真耐心, 能抓住要点, 并能简要转述。	A
表达要有条理, 语气、语调适当。	A
能根据交流的对象和场合, 稍作准备, 能简单的发言。	A
在交际中注意语言美, 抵制不文明的语言。	A

阅读理解	成绩
能用普通话正确、流利、有感情地朗读课文。	A
默读有一定的速度, 默读一般读物每分钟不少于 200 字。	A
能借助词典阅读, 理解词语在语言环境中的恰当意义。	A
联系上下文和自己的积累, 推想课文中有关词句的内部, 体会其表达效果。	B
在阅读中揣摩文章的表达顺序, 体会作者的思想感情, 初步了解文章基本的表达方法。	B
在交流和讨论中, 敢于提出自己的看法, 作出自己的判断。	B
阅读说明性文章, 能抓住要点, 了解文章的基本说明方法。	B
阅读叙事性作品, 了解事件梗概, 简单描述自己印象最深的场景、人物、细节, 说出自己的阅读感受。阅读诗歌, 大体把握诗意, 想象诗歌描述的情境, 体会诗人的情感。	B
学习浏览, 扩大知识面, 根据需要搜集信息。	A
在理解课文的过程中, 体会顿号与逗号的不同用法。	A
诵读优秀诗文, 注意通过诗文的声调、节奏等体味作品的内容和情感。背诵优秀诗文 55 篇(段)。	B
利用图书馆、网络等信息渠道尝试进行探究性阅读。扩展自己的阅读面, 课外阅读总量不少于 70 万字。	B

识字与写字	成绩

FUENTE: Trabajo de Campo, 2013.

Fotografía que muestra el listado de calificaciones únicamente en idioma mandarín.

Dulwich College Beijing (DCB)

Es una de las cuatro escuelas *Dulwich* de Asia y está afiliada con el *Dulwich College London* y está acreditada por el Consejo de Escuelas Internacionales. El sistema educativo se basa en las mejores prácticas británicas y el sistema internacional, dando un peso importante al espíritu de comunidad donde cada alumno se encuentra bajo el cuidado de maestros o tutores. La inscripción anual varía desde 60 mil pesos hasta 400 mil pesos dependiendo del nivel. La cuota anual de la comida es de 10 mil pesos. La transportación tiene un costo es de 20 mil pesos por año. Esta escuela admite alumnos desde los 1 hasta los 18 años. En esta escuela tampoco se aceptan alumnos chinos, debido al perfil académico y la exclusividad. Las actividades extra curriculares incluyen actividades deportivas, biología, cocina, escritura y otras más. También cuenta con servicio de enfermería de tiempo completo.

Ambos hijos de Leticia acudieron a este prestigiado colegio. La inmersión cultural y el cambio de idioma no les representó obstáculo alguno, debido a la temprana edad de los niños al momento de su arribo a China, que les permitió socializar de forma rápida con otros compañeros y los maestros. El colegio ofrece un sistema de adaptación tal, que los alumnos son regularizados en el idioma acorde a su dominio antes de tomar las materias académicas en inglés y mandarín.

Ivy Academy (IBS)

En este caso se trata de una escuela de nivel preescolar y con jardín de niños. La escuela basa su modelo educativo en la teoría de las inteligencias múltiples. Se favorece un desarrollo holístico para cada niño con una comunicación personalizada con los padres, maestros y cuidadores. Las cuotas de colegiatura por medio día 170 mil pesos y por día completo 260 mil por año. Se paga de manera separada el servicio de enfermería por 100 mil pesos y el transporte por 30 mil pesos. El rango de edad es de 2 a 6 años. En esta escuela sí se aceptan niños chinos, por lo que el contacto con el idioma mandarín es mucho más estrecho, así como la convivencia con niños de la ciudad. El idioma principal es el

inglés, pero también se practica el chino al contar con dos maestras simultáneas por grupo.

Aunque no se cuenta con una enfermería tan equipada como los colegios antes descritos, con servicio de tiempo completo, esta institución educativa es estricta respecto a las normas de higiene y salubridad. Al ser niños pequeños y susceptibles a infecciones, toman medidas tales como enviar cada quince días a las madres de cada alumno la colchoneta donde los niños realizan las pequeñas siestas para ser lavadas. Los alumnos no pueden entrar al aula con los zapatos puestos, por lo que existen pequeños cajones a la entrada del salón en donde el calzado debe ser resguardado. Se les exige entrar con calcetines gruesos o con pantuflillas suaves para que los pies no entren en contacto con el suelo. Por otro lado, mantienen un estado de alerta constante con respecto a la higiene de los hábitos “Manos, pies y boca”. Una de las mayores preocupaciones de este tipo de escuelas con población infantil menor a los 6 años es la infección causada por el virus Coxsackie A16, causante de fiebre, malestar general y la típica afección dermatológica caracterizada por lesiones ampulosas en la zona palatina, peribucal e interdigital que puede llegar a provocar ulceraciones y gran preocupación en las madres. En este colegio, se desempeñan actividades relacionadas con la higiene del cuerpo y las manos, fomentando con esto la disciplina del autocuidado en los niños. Existen también estímulos positivos para aquellos alumnos que no se ausentan por enfermedad en cierto periodo de tiempo.

El hijo de Andrea acudió a esta escuela, y resultó toda una alegría para el niño al recibir “La estrella de la higiene”, un diploma que emiten las profesoras al finalizar el ciclo escolar, como se muestra en la siguiente imagen:



FUENTE: Trabajo de Campo, 2013.

La foto muestra la "Estrella de la higiene", obtenida por no haber reportado caso de enfermedad que ocasionara ausentismo escolar así como adecuadas prácticas higiénicas como lavado de manos, limpieza de ropa, etc.

Yewchung International Shcool of Beijing

Se basa en el sistema de educación global del Currículo Nacional de Inglaterra y del programa de cultura y lengua china, por lo que cuenta con un sistema bilingüe de enseñanza. Los costos pueden variar desde 120 mil pesos hasta 400 mil por año. Las cuotas no incluyen el costo de la comida que es por una compañía externa. La transportación tiene un costo de 24 mil pesos por año. Esta escuela admite alumnos desde los 2 hasta los 18 años. Cuentan con actividades extra curriculares como arte, música, drama, deportes y más. También cuenta con servicio de enfermería de tiempo completo.

Ambas hijas de Marina fueron inscritas en este colegio, debido a la edad de las niñas al momento de arribar a Beijing, el cambio de ambiente, de lenguaje y de compañeros representó el mismo reto que para la hija de Pilar. Al inicio de su primer ciclo escolar se encontraron frustradas y estresadas por el bajo rendimiento escolar. Marina comenta:

- Sí, me regresaban tristes de la escuela al principio mis niñas, yo las animaba con comida rica, mucho apapacho, su papá les ayudaba con el chino, las tareas, es más, íbamos con las chicas de

la recepción para que aventajaran las tareas, ellas muy serviciales si ayudaron a que lo aprendieran rápido. Siempre han sido niñas estudiosas, pero no niego que fue duro para ellas tener que hablar en otro idioma todo el día, a todas horas, con los amiguitos. Yo me encomendaba a Dios y les decía que tenían que hacer lo mismo, poco a poco le fueron tomando el gusto y ahora ya lo hablan a la perfección-. Marina (Entrevista, 2012).

Para el caso de las hijas de Marina y de Leticia, el costo de la colegiatura, transporte y alimentación corre por cuenta de la empresa panificadora, por lo que estas dos familias no tienen que invertir en la educación escolar de sus hijas. La ventaja de vivir en Chaoyang y de acudir a una escuela cuyas materias se brindan en mandarín y en inglés, le han permitido a las hijas de Marina involucrarse y participar con la cultura local e internacional de Beijing.

Para el caso de los hijos de Lucía y Norberto, los primeros meses, desde su llegada a Beijing, no acudieron a ninguna escuela, permaneciendo en casa intentando completar las guías de estudio de primaria emitidas por la SEP, bajo la asesoría y ayuda de su padre. Cuando pudieron encontrar una escuela económica y cercana al domicilio de la familia, a Joaquín y a Anabel los inscribieron en el mismo grupo. Esta escuela china aceptaba alumnos internacionales, tendiendo un programa especial de actividades para ellos. La mayor parte de las clases se desarrollaban en mandarín el plan de estudios abarcaba únicamente las clases de inglés, mandarín, matemáticas, música y deportes. Esto le permitió a los niños integrarse a la escuela sin tener que preocuparse por el año académico, aunque representó un retraso en el aprendizaje de materias que conforman la preparación primaria de acuerdo a los programas mexicanos.

Para completar su formación, recibían clases particulares de chino dos horas al día, tres veces a la semana, gracias a la recomendación hecha por un colega militar quien les presentó a un maestro, joven estudiante universitario cuyo interés se centraba en la educación para niños extranjeros. Esto les permitió poder comprender mejor el idioma de la sociedad local, interactuar con sus compañeros de clase y ayudar en su casa con las labores de interpretación para Lucía. En especial Joaquín fue inducido por su padre a “ayudar a su madre” para que interviniera en situaciones cotidianas como compras en el mercado o diálogo con taxistas para indicar direcciones.

En este caso, ambos niños se acostumbraron con el tiempo al sistema educativo chino, donde realizaban ejercicios y auto masaje al iniciar cada mañana las sesiones, comían el arroz con palillos durante la hora del almuerzo, contaron con maestros serios de carácter, rígidos y disciplinados, quienes podían castigar al alumno con golpes en caso de que existiera desobediencia. Joaquín en particular era el más indisciplinado de los hijos de Lucía, pero por consideración del profesor al ser alumno extranjero, no recibía castigo físico a comparación de sus compañeros chinos de clase.

4.8. Más que una empleada doméstica: La Ayi

***Ayi*, (阿姨- āyí), el puente entre mujeres y dos culturas**

En las grandes urbes de China a las encargadas de la limpieza y labores domésticas se les denomina: 阿姨, en pinyin se pronuncia āyí, cuyo significado en mandarín es literalmente, tía, aunque la aplicación se otorga a las mujeres mayores o a quienes por cariño se mantienen en relaciones de amistad entre personas conocidas. Estas mujeres que a su vez son madres de familia, provienen de los suburbios de Beijing o de las provincias de China tanto del norte como del sur. Son mujeres cuyas edades varían de los 30 hasta los 50 años, migran desde diversas zonas rurales para poder tener un mejor ingreso, esto sin considerar las condiciones de vida precarias que puedan tener en la capital, ya que en ocasiones habitan en condiciones de hacinamiento con otras mujeres o familias. El dinero que envían a sus hogares no les permite tener comodidades en Beijing, o simplemente, carecen de redes de apoyo cercanas. Las *Ayi* provienen de niveles escolares bajos, suelen hablar en su dialecto local y en mandarín. Son escasas las *Ayi* que dominen el inglés por lo que, quienes lo hablan, adquieren un plus que aumenta el costo de sus servicios.

Las *Ayi*, por muchas circunstancias, se convierten en el personaje central en la familia, no sólo por la ayuda que representa su labor en mantener limpio el hogar, sino también por el puente que pueden tender entre las familias extranjeras y el medio local, ya que es muy frecuente que se conviertan en un verdadero interlocutor que va más allá de la interpretación del idioma, puesto que a través de

su cocina, del canto, del trato cotidiano, del conocer y dar referencias de lugares, como comercios y rutinas, pueden acercar a la madre de familia y a sus miembros a la cultura china cotidiana.

La forma de contratación puede ser a través de anuncios publicados en las tiendas de abarrotes, por anuncios clasificados ya sea en ediciones impresas, así como por Internet. Generalmente son mujeres que han tenido experiencia con familias extranjeras y son ellas quienes las recomiendan o ayudan a colocarlas en un nuevo hogar cuando estas familias se marchan de China.

Otro medio de contratación es a través de una agencia de colocación, aunque es la opción más cara, en algunos casos puede ser la opción más práctica debido a que si no hay satisfacción en el personal seleccionado pueden realizarse cambios sin demora. El tema del pago por el trabajo doméstico es algo difícil de negociar, pero siempre existe la posibilidad de llegar a un acuerdo que mantenga satisfecho a ambas partes. Puede realizarse un periodo de prueba para evaluar la conveniencia de contratar a la *Ayi*, el periodo puede ir desde tres semanas hasta tres meses. En el caso de las agencias de colocación de las *Ayi*, tienen tarifas bien establecidas dependiendo de las horas de trabajo y de las tareas a realizar. Lo más importante es, si la *Ayi* habla únicamente en chino, o si cuenta con el plus de hablar inglés. Sin embargo, la negociación siempre es el último arreglo para establecer la tarifa a pagar. Como ejemplo ilustrativo, la agencia *Beijing Ayi Service*, tiene una tarifa de 7 a 10 mil pesos mensuales por 8 horas de trabajo durante 5 días a la semana, para *Ayis* que hablan inglés, pero que no cuiden niños, comparado con la tarifa de 5 a 8 mil pesos de una *Ayi* que no habla inglés. Puede contratarse el servicio por hora con cuidados de niños, si la *Ayi* habla chino la cuota es de 50 a 60 pesos por hora y si habla inglés 70 pesos por el mismo tiempo. También cuentan con el servicio de *Babysitter* o niñera, donde la cuota es de 60 pesos la hora sin hablar inglés comparado con 80 pesos para aquellas que sí lo hablan. Es importante en este servicio aclarar que si la hora de desocupación es después de las 21:30 hrs también debe de incluirse el costo del traslado en Taxi al domicilio de la *Ayi*.

La forma más común de contratación es a través de la recomendación hecha por personas conocidas o colegas del trabajo, que previamente hayan solicitado los servicios de la *Ayi* por algún tiempo. Este tipo de contratación carece de la intervención de una agencia que asegure la confiabilidad de que la mujer realizará bien su trabajo. Sin embargo, por el otro lado, la ventaja que ofrece esta forma de contacto es poder negociar sueldos aún más bajos, llegando a pagar de 50 a 80 pesos por una jornada completa de servicio.

La relación de las *Ayi* con las seis madres de familia se construyó en entornos y situaciones muy peculiares, que fueron definiendo en menor o mayor grado la cercanía de este personaje con las mujeres, los esposos y sus hijos. Cabe decir que en todos los casos, la llegada de la *Ayi* a las casas fue mediante dos vías: Mediante un intermediario, una agencia de limpieza cuyo costo lo absorbía la empresa inmobiliaria y segundo, mediante referencias verbal de otras personas extranjeras cercanas a estas familias.

Andrea contó con una *Ayi* durante sus primeros años de estancia en Beijing, pero la relación con ella fue limitada y terminó con roces irreconciliables. Unos vecinos del mismo *Compound* se la recomendaron, por ser comprometida con el trabajo. Para Andrea, abrirlle las puertas a una persona ajena a la familia le resultaba difícil, pero teniendo a Juan pequeño, necesitaba de ayuda para la limpieza del hogar. Fue así como decidió probar suerte con ella, cuyo nombre no quiso recordar. Era una señora de alrededor de sesenta años, silenciosa y poco comunicativa, comprendía bien las órdenes en inglés que fueran sencillas y directas. Usualmente vestía con atuendo típico de la china comunista tradicional. A las pocas semanas de trabajar en la casa, Andrea se percató que Juan se mostraba muy irritable al estar en contacto con la *Ayi*, aparentemente no toleraba su presencia, por lo que decidió comentarle a Antonio que no eran necesarios sus servicios si ella podía manejarlo sola.

Para esta madre de familia, la señal de intranquilidad de su hijo fue suficiente para desconfiar de la *Ayi* y prescindir de sus servicios. Esto, aumentó la carga de trabajo doméstico para Andrea, lo que la llevó a buscar una segunda *Ayi*, pero tampoco resultó, ya que a los pocos meses la mujer se marchó abandonando

el trabajo sin hacer ningún anuncio previo. La familia comenta -cuando se cansan de atender extranjeros, simplemente se marchan a sus pueblos-.

Daniela en cambio, se involucró mucho más estrechamente con las *Ayis*. Desde su estancia en la India, ella requirió de una mujer servicial quien ayudara a su esposo con las labores domésticas, para que Enrique (quien se encontraba muy pequeño) pudiera recibir el mejor cuidado posible. Daniela llegó a considerar que los indios son personas de naturaleza muy leal cuando desempeñan labores de cuidados infantiles, como amas de llaves o como mozos de servicio general. Esto lo relacionó con la situación de pobreza que vive el país, cuyas ofertas de empleo siempre se encuentran saturadas y debido a la necesidad de la gente por asegurarse un ingreso, asumen con seriedad este tipo de responsabilidades.

Cuando llegó a China, le recomendaron a Cuy, una mujer proveniente de Harbin, una ciudad al norte del país. Cuy tenía experiencia trabajando para gente extranjera, podía comprender el inglés y era muy amable en el trato. Duró casi tres años prestando los servicios de niñera y de labores domésticas. Su horario de trabajo era de 10 de la mañana a 4 de la tarde, compaginando el horario de trabajo con el de Daniela y su esposo. Cuy recogía a Enrique de la escuela, le preparaba de comer, le ayudaba a hacer la tarea y lo cuidaba mientras los padres se encontraban trabajando. Esto permitió que Enrique aprendiera rápidamente el mandarín, puesto que Cuy le hablaba la mayor parte del tiempo en ese idioma. El niño pronto se acostumbró a comer el tan acostumbrado arroz blanco al vapor con tallarines y coles cocidas, que después le llegó a provocar ciertas fricciones con su madre al decirle

-Mamá, quiero el arroz que me hace Cuy porque el tuyo no me gusta- Enrique (Observación participante, 2012).

Daniela asociaba la conducta alimentaria de Enrique con su principal padecimiento: la talla corta. Mientras estuvo Cuy al cuidado del primogénito, para Daniela la alimentación de su hijo no era un tema preocupante, puesto que los platillos chinos elaborados en casa eran muy bien aceptados por Enrique, pero en cuanto la madre intervenía en la elaboración de la dieta, él dejaba de comer o mostraba una franca apatía. Daniela lo llamaba “melindroso” cuando Enrique no

quería comer. Con el paso de los años, esta madre de familia comenzó a relacionar de forma alarmante que si su hijo no alcanzaba la talla para su edad, era por rechazo hacia la comida de casa.

La relación de Cuy con el marido de Daniela fue siempre muy limitada y en ocasiones conflictiva. Ernesto llegó a comentar en repetidas ocasiones la actitud abusiva y los errores de la *Ayi*:

- Las *Ayís* hacen lo que quieren, y entre mejor las tratas, peor te tratan a ti. Me quemó una corbata Hermes ® carísima, que ni todo su salario del mes podría alcanzar para pagarme, me puse furioso y le pedí a Enrique que tradujera que era la última vez que lo hacía porque a la siguiente la iba a correr mal corrida. En otra ocasión llegué temprano a casa, entré a la recámara y la vi tirada en mi cama comiendo tallarines mientras miraba la televisión. Igual exploté y le pedí a mi hijo que la regañara-. Daniela (Entrevista, 2012).

El ejemplo anterior es muestra de la clara necesidad que existía para el padre, el que su hijo hiciera las funciones de interlocutor para reprimir a la empleada doméstica cuyos errores no eran bien tolerados. Ante este tipo de eventos, el niño al contar con escasos cinco o seis años obedecía las órdenes del padre y bajo estrés, hablaba lo que podía frente a Cuy. Conforme el tiempo fue pasando, Enrique creció y sintiendo un gran afecto por la *Ayi*, al haber discusiones en casa, era capaz de negociar las cosas entre adultos para evitar mayores problemas. Daniela comentó que en varias ocasiones su hijo le confesó que cuando su padre explotaba en enojo innecesario, él prefería cambiar la interpretación a la *Ayi* para que todos quedaran contentos. Cuando Cuy decidió regresar a su pueblo natal, fue una ruptura fuerte para Daniela y su hijo, dado el tiempo, y el tipo de relación que habían desarrollado con ella. Cuy le regaló como recuerdo un dije hecho de Jade a Daniela en agradecimiento por la oportunidad de trabajo, y la separación con Enrique fue muy dolorosa para el niño.

Daniela tardó un año en conseguir una nueva *Ayi* para su hogar. Una empleada local de la embajada le recomendó a su sobrina, quien colaboró con labores de limpieza pero no llegó a ser tan allegada a Enrique como lo fue Cuy.

Leticia contó con el servicio de varias *Ayís* a lo largo de su estancia, esto debido a que el costo de la renta de su casa en Shunyi cubría los gastos del

servicio de limpieza. Por lo general eran mujeres quienes permanecían tres o cuatro meses acudiendo a la casa, después por organización de la empresa, rotaban a otros domicilios. Leticia además de la ayuda para mantener el orden y la limpieza de la casa, convivía con las *Ayís* para practicar el mandarín que aprendía en sus clases particulares. Esto le ayudó a tener un mejor acento y comprensión del idioma, podía darles órdenes, encargar tareas y recomendaciones, así como supervisar el aprendizaje del mandarín de sus dos hijos. Con una de las *Ayí* hubo especial cercanía, debido a que esta mujer llamada Xiang, tenía facilidad para el inglés y mucho ánimo en poder participar en el hogar; mostró un gran afecto por bebé más pequeño, ya que le cantaba en mandarín y le preparaba bebidas locales hechas con jugos de peras, muy usados entre las mujeres de este grupo de edad. Mediante la responsabilidad y las muestras de afecto, Leticia pudo confiar en Xiang para encargarle a su bebé mientras realizaba actividades con sus dos hijos mayores, como llevarlos de compras y hacer tareas escolares.

Otro aporte importante de Xiang en esta familia, fue la introducción gastronómica típica, al enseñarle a Leticia a cocinar con ingredientes locales como las coles, los tocinos, los ejotes largos, y algunos cebollines. Así la familia podía comer de manera cotidiana los platillos típicos de la urbe pekinesa en casa, con agrado al paladar e higiene. Esto despertó un interés en Leticia por aprender más de la culinaria china, así que empleó largas horas mirando los canales de televisión que trataban de cocina. La *Ayí* era la intérprete en caso de alguna duda, y entre las dos guisaban para la familia. La comida y el afecto de Xiang hacia el bebé, permitieron que esta *Ayí* compartiera mucho de su cultura con la familia mexicana.

Lucía al igual que Andrea y Daniela, tuvo conflictos con la *Ayí* respecto al cuidado de las cosas personales. Norberto a través de su secretaria de la embajada logró contratar a una *Ayí* que por una módica cantidad de yuanes limpiaba el departamento, planchaba la ropa y el uniforme militar. Lucía tuvo mucha dificultad para poder comunicarse con ella, trataba de darle las indicaciones a señas, le mostró como quería que se planchara la ropa, y cuando

se desesperaba, le pedía a su hijo Joaquín que le ayudara a interpretar el mensaje. Joaquín hacía el esfuerzo, pero la *Ayi* no mostraba ningún interés por intentar entender la explicación, y terminaba haciendo las cosas a su manera.

- Como decimos en México, china cochina, con el mismo trapito sucio lo mojaba en la cubeta con agua nomás, yo le decía "échale jabón" pero ella no quería, y con ese mismo trapo limpiaba cocina, baños, recámaras y el suelo. Poco faltó para que también con eso mismo secara los trastes, me pareció muy sucio, yo creo que así son todos. Le gritaba a Joaquín y le pedía que le dijera cómo quería las cosas, pero más se tardaba mi hijo en decirle que la otra en hacer muecas y decir *shenme?* (¿Qué?). Al final la muy canija me quemó dos camisas finas del uniforme de mi marido, eso me encorajinó, le dije a Norberto que se la llevara de regreso por donde la trajo, ni modo, más trabajo para mí, pero ¿Para qué, otra va a estar haciendo lo que yo puedo?-. Lucía (Entrevista, 2013).

Después de esa experiencia, Lucía se dedicó a las labores de limpieza en el hogar ayudada principalmente por su hija Anabel. No refirió tener más experiencias o perspectivas respecto a las *Ayi*, ella las consideró únicamente como apoyo innecesario para las labores del hogar.

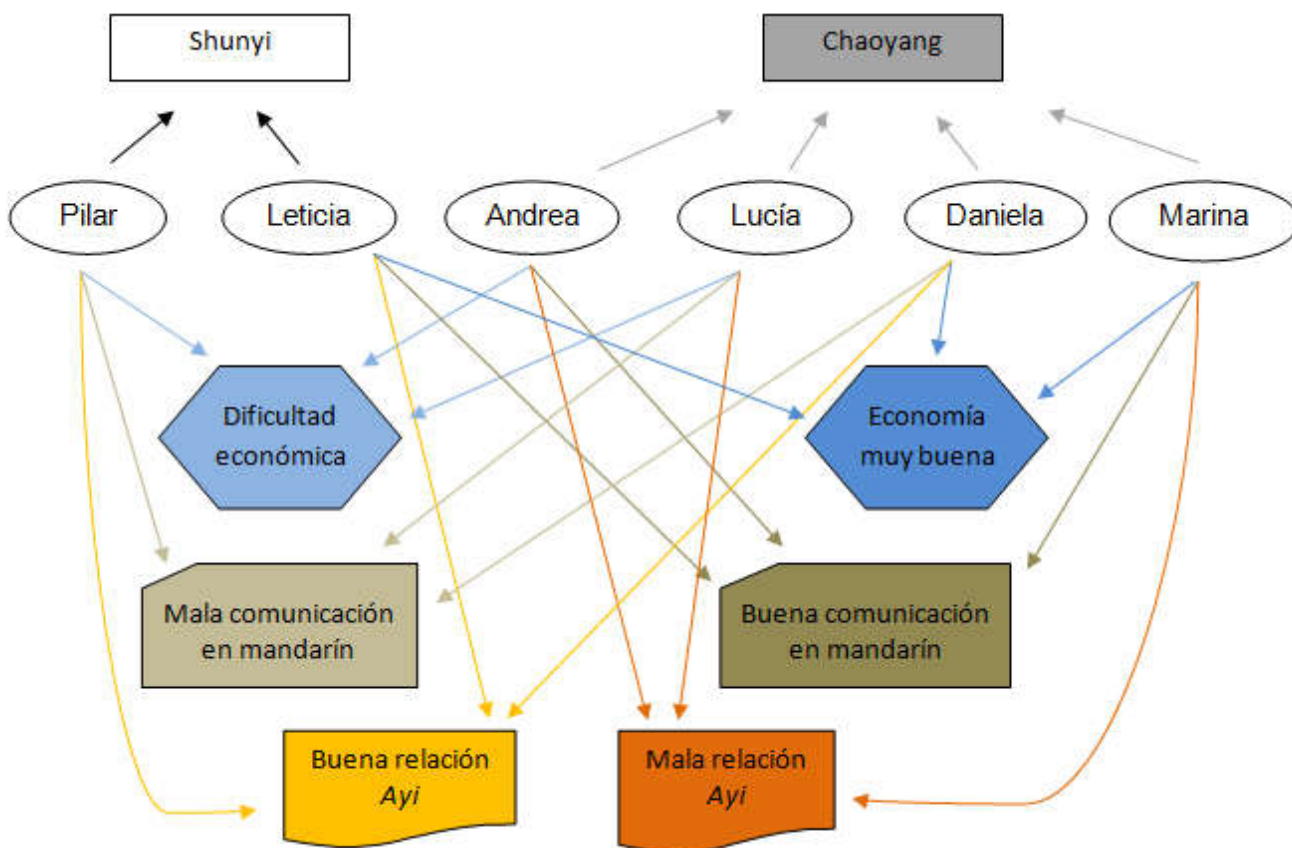
Marina contó con el mismo sistema de rotación de *Ayi* que Leticia, ya que es común que en viviendas exclusivas el costo del servicio de limpieza sea otorgado por la empresa inmobiliaria. Acudían uniformadas y silenciosas con sus propias herramientas (escobas, plumeros, cubetas, detergentes, etc.) al departamento de Marina, limpiaban todo y se retiraban sin mayor interacción con la familia. Marina nunca permitió que cocinaran o prepararan algún alimento, primeramente porque para ella, la familia debía comer guisados mexicanos que tanto disfrutaba cocinar y que con esto sus hijas no extrañaran tanto a México. Segundo, porque no estaba interesada en interactuar con estas mujeres cuyo trabajo estaba muy bien delimitado. Tampoco tuvo el interés de convivir con ellas para la conversación en mandarín, puesto que con sus clases particulares y la interacción con las recepcionistas del edificio era más que suficiente. Para esta familia, el papel de la *Ayi* estuvo totalmente reducido a un personal más del edificio donde ellos habitaban.

Finalmente, para la última de estas seis mujeres, Pilar, el trato con la *Ayi* siempre fue cordial y muy enriquecedor. Una conocida de esta madre de familia le recomendó a Cheng, una joven mujer muy activa y servicial, que sabía algo de inglés y que era amigable con los niños. Pilar tenía muy presente que las *Ayi* y los choferes de Shunyi viven generalmente en los cinturones que rodean este suburbio y que fueron desplazados del campo cuando decidieron construir los Compounds residenciales para extranjeros, por lo que esta gente encontró la forma de subsistir a través de los servicios de limpieza y el manejo de autos. Cheng tuvo un papel importante para la interpretación de actividades cotidianas de Pilar. Aunque no acudía diario al hogar, Pilar guardaba una lista de pendientes y palabras en mandarín para practicar con la *Ayi*, ya que donde más se le dificultaba el idioma, era al momento de realizar la compra de alimentos. Comentó que la actitud de los chinos respecto al idioma siempre es de incompreensión y hasta burla:

- Fui una mañana después de dejar a los niños al Rego al supermercado, necesitaba carne para hacer picadillo. Le dije a la chica del mostrador “Ni hao! Ni yourouxianma?” o sea le dije, pregunté si tenía carne molida y la del mostrador me dijo “Shenma”, Me dijo ¿Qué? y en eso puso cara de desesperación, y yo así de ¡ashhh! La estúpida R es difícil de pronunciar, entonces dije más fuerte ¡Rowxian! (exclamando con énfasis la palabra carne molida) y la mujer volvió a decir que no entendía nada. Usando el último recurso, que al cabo que ya una está uno acostumbrada a hacer el ridículo y a señas puse cuernos en la cabeza, y al mismo tiempo con la otra mano le señalé la carne que tenía en el mostrador-. Pilar (Entrevista, 2012).

Con ejemplos de la vida cotidiana como el anterior descrito, Pilar aprovechó a Cheng para poder reaprender las palabras correctamente y procurar darse a entender con la gente de Shunyi, aunque le costara mucho trabajo la comunicación. Cheng no participó en la preparación de alimentos, ya que Pilar prefería elaborar sus alimentos, además que por los pocos días que acudía a casa, era preferible que colaborara con lavar la ropa, asear los cuartos y realizar las faenas de limpieza. De esta forma Pilar organizaba mejor el hogar y destinaba tiempo para acudir de compras y atender a sus hijos, puesto que se trasladaba en su bicicleta, esto le restaba horas y tenía que administrar su tiempo lo mejor posible.

Para representar esquemáticamente estas madres de familia, se elaboró el siguiente diagrama respecto a su lugar de residencia, la situación económica, el idioma mandarín y la percepción respecto a la empleada doméstica Ayi



FUENTE: Análisis a partir de datos obtenidos, 2014.

Capítulo V: Recursos para la salud y su operación en diferentes espacios

5.1. Descripción de los recursos materiales utilizados por las madres de familia para la resolución de los problemas de salud

De las instituciones de salud existentes en Beijing que proporcionan consulta médica y servicios de salud de primer y segundo nivel de atención para extranjeros, se tomó en cuenta para la realización de la presente investigación el hospital Beijing Unido, cuyo nombre real en inglés se mantendrá reservado por motivos de protección para los interesados y por cuestiones de ética antropológica. Este hospital resultó seleccionado acorde a los resultados de la primera estancia en campo; después de haber realizado un rastreo de instituciones disponibles, el dato de mayor peso fue el referido por las mismas usuarias de dicha institución. A las informantes se les interrogó sobre la clínica u hospital que consultaban con mayor frecuencia, cinco de seis madres de familia habría visitado por lo menos una vez durante su estancia en Beijing el servicio de pediatría y por lo menos alguna otra ocasión por motivos de consulta médica general, debido a algún padecimiento de uno o más miembros de familia que a juicio de la madre, requiriera asistencia sanitaria.

El desarrollo de este apartado parte primeramente mostrando los datos generales de organización, servicios y función del Hospital Beijing Unido, información que fue recabada mediante el acercamiento y la solicitud directa con el personal de la institución. La dinámica y la percepción de esta institución se obtuvo de la información recabada durante las entrevistas y observación participante de las madres de familia que hicieron uso de las instalaciones en más de una ocasión.

Es importante señalar que frente a la solicitud de un acercamiento con el personal médico del hospital Beijing Unido, la institución se mostró determinante

en negar cualquier posibilidad de entrevista directa con alguno de los médicos pediatras y/o generales, esto a causa de políticas de privacidad laboral. Todas las observaciones realizadas y la interacción con el personal, fue realizada en calidad de acompañante en el momento en que las madres informantes solicitaron los servicios. Sin embargo, fueron las mismas madres de familia quienes se mostraron interesadas en mostrar la dinámica del Hospital Beijing Unido, permitiendo con esto enriquecer la investigación.

Una de las madres de familia, Daniela, quien siempre se mostró activa y participante en la presente investigación, permitió el enriquecimiento etnográfico al hacer referencia directa de otra informante que laboraba dentro de Beijing Unido: Claudia.

Se incluyó la participación de esta informante de relevancia para una mayor comprensión entre la dinámica institucional, las diferencias culturales y el tipo de relación de las madres de familia respecto a los médicos que brindaban la atención requerida.

Carmen (cuyo nombre real fue modificado por razones de ética antropológica) fue la intérprete y facilitadora cultural que laboraba en el área de atención al cliente en el hospital Beijing Unido mientras se realizaron las estancias en campo. A lo largo de los capítulos se detallarán aspectos de su vida personal y laboral que tuvieron importancia para ser considerada un actor de peso dentro de los mecanismos de atención entre algunas de las madres de familia que hicieron uso de esta institución de salud.

Además de la institución Beijing Unido, para concentrar en este capítulo los recursos materiales disponibles, se contemplaron también las tres principales farmacias locales en las zonas de Sanlitun, el parque de Chaoyang y Shunyi, como fuente de compra y obtención de recursos terapéuticos tanto tradicionales chinos como biomédicos para la automedicación y auto cuidado de las informantes dentro de sus respectivos hogares. Por último, se detalla el acceso material a medicamentos a través de amistades o personas conocidas por las madres de familia y la forma de enriquecimiento y abastecimiento de los botiquines personales de cada una de las madres de familia en el hogar.

Beijing Unido, institución de salud de primer y segundo nivel de atención para pacientes extranjeros

La institución privada fue fundada con la inversión de capital chino y extranjero (principalmente por la comunidad judía que radica en la ciudad) en el año de 1997, iniciando con varias clínicas de primer nivel de atención. Actualmente, existen tres sedes en las ciudades de Tianjin, Shanghai y Beijing.

La sede ubicada en Beijing es de estructura predominantemente biomédica, se compone de un hospital de segundo nivel de atención localizado en el área de Lido, un hospital de rehabilitación, una clínica neonatal, nueve clínicas de atención primaria o también llamadas de medicina familiar y un centro de atención dental.

El enfoque de atención privada se centra en tres tipos de pacientes: Atención a nacionales (es decir, chinos que radiquen en Beijing o que acudan de cualquier parte de China para solicitar los servicios), extranjeros que residan en la ciudad o viajeros en caso de accidente. En todos los casos, es el paciente o su aseguradora médica quien debe de cubrir la totalidad de los gastos derivados de la atención médica recibida o los servicios solicitados, siendo esto en moneda local (Yuan o Renminbi RMB), o con tarjeta de crédito VISA®, Mastercard® o American Express®. La institución no acepta ningún otro tipo de moneda, cheques o cualquier otra forma de pago. Existe la modalidad de tarjeta de descuento, al adquirir una tarjeta de Beijing Unido por el precio aproximado de \$2,500 pesos, se obtiene el 20% de descuento en los servicios clínicos y hospitalarios.

Para hacer uso de las clínicas familiares y del centro hospitalario, es requisito indispensable que el paciente se presente con la tarjeta de identificación *Hukou* (mandarín 户口簿) para los residentes chinos, y el pasaporte en caso de los extranjeros. El hospital no está autorizado para conservar la documentación original, pero debido a casos de incumplimiento de pago por servicios, en ocasiones se han visto en la necesidad de retener dicha documentación como garantía de pago.

Durante el primer contacto con los servicios del hospital y las clínicas, el paciente debe ponerse en contacto con el personal del área de Servicio al cliente (concepto que la institución emplea para referirse al paciente), quien se encuentra encargado de resolver preguntas concretas, brindar información, facilitar la resolución de problemas o inquietudes y cooperar entre el paciente, la familia y el resto del personal hospitalario cuando surgen diferencias o fricciones. Entre las funciones del personal, también se encuentra la facilidad para organizar la adquisición de boletos de tren o avión para el desplazamiento de los pacientes y/o sus familias a sus respectivos lugares de origen, asesoría sobre alojamiento en hoteles o apartamentos.

Este personal de primer contacto o servicio al cliente, en su mayoría son chinos que tienen un dominio del idioma inglés a nivel básico-medio, con dificultades en pronunciamiento y fluidez. El segundo idioma de predominio además del inglés se encuentra el ruso y después el coreano, esto por la alta demanda de pacientes procedentes de Korea del Sur, Singapur y Rusia.

Otros idiomas hablados por el resto del personal médico-administrativo que comprende el Campus son: Alemán, Francés, Italiano, Farsi, Japonés, Cantonés, Árabe, Persa y Turco.

Respecto al español, la mayoría del personal de primer contacto carece del conocimiento o dominio de este idioma. Únicamente tres empleadas del hospital de origen latinoamericano (procedentes de Bolivia, Venezuela y Perú) se encuentran en el listado del personal del servicio al cliente, pudiendo resolver problemas, asesorar y orientar a toda la comunidad latina respecto a la estructura y organización hospitalaria. Ellas se encuentran en el campus, mientras que en el resto de las clínicas de medicina familiar, algunos de los médicos son quienes hablan medianamente el español, como se especificará a detalle más adelante.

En caso que el paciente hablara otro idioma distinto a los arriba enunciados (por mencionar un ejemplo: hindi, catalán o amárico) la institución dispone de asesoría de interpretación vía telefónica libre de cargo. Esta medida, por lo tanto, limita en cierta forma, la interacción real y detallada entre el enfermo y el personal hospitalario.

Resulta pertinente comentar que a pesar de observar que la institución Beijing Unido ofrece el apoyo telefónico para la traducción e interpretación de las demandas de los enfermos usuarios, y que cuenta con personal de orígenes multi nacionales, el manejo del idioma durante los episodios de enfermedad, consulta médico- quirúrgica e interacción médico-paciente resultan limitados, puesto que, en el caso de las tres asistentes latinoamericanas para todo el complejo hospitalario, los horarios, las cargas de trabajo y las responsabilidades administrativas las mantienen fuera de los espacios clínicos (consultorios, quirófanos, laboratorios etc.) además que ellas carecen de la comprensión total del lenguaje técnico-médico, vital para la comprensión de padecimientos y tratamientos dentro del proceso salud enfermedad atención entre médico, paciente y familiares acompañantes.

Otras facilidades con las que cuenta el complejo hospitalario, son: Cajero automático, servicio de cafetería-restaurant con menú de platillos occidentales de corte americano (sándwiches, panadería y repostería, etc.) , tienda de regalos y florería.

Respecto a los derechos y responsabilidades de los usuarios de los servicios de Beijing Unido, dentro de cada clínica y en el hospital principal, se encuentran impresos y a la vista folletos informativos en los siguientes idiomas: Chino, Inglés, Ruso, Japonés, Koreano y Español.

En ellos, se detallan los derechos generales de los pacientes, haciendo mención del trato digno y respetuoso, libre de cualquier forma de discriminación o parcialidad por la cultura de procedencia, credo o preferencia sexual. Contempla también la atención médica de urgencia que ponga en riesgo la vida, independientemente de la condición económica (que más adelante del texto entra en contradicción con la responsabilidad de dejar un depósito en efectivo por el uso de servicios de urgencias en caso de carecer de póliza), la información veraz y y confidencial, la obtención de un resumen clínico mediante la solicitud vía email o vía telefónica, la toma de decisiones bajo consentimiento informado y la participación del paciente dentro del cuidado médico.

De forma general, la mayoría de los puntos señalados forman parte de la Carta Internacional de los Derechos de los Pacientes, salvo que en el presente caso, la institución decidió agregar el siguiente ítem: " Tener a un intérprete de ser necesario, para obtener una adecuada comunicación."

Las responsabilidades de los pacientes que hagan uso de los servicios e instalaciones del Beijing Unido, comprenden el apego terapéutico, el compromiso de proporcionar información exacta sobre su actual condición médica, otorgar la documentación oficial con fotografía, esto por necesidad de probar su identidad. También deberán firmar la póliza financiera y el formulario de Consentimiento Informado antes de ser atendidos, mostrar la tarjeta de seguro a la hora de realizar el pago de los servicios quienes cuenten con póliza de aseguradora o pagar un depósito especificado antes de usar el servicio de urgencias en aquellos que carezcan de aseguramiento privado (enfaticando el pago en efectivo del servicio), aceptar las consecuencias en caso de rechazar algún tratamiento y por último, seguir las reglas institucionales, además de proporcionar información de los reclamos y solicitudes al seguro para coordinar con la oficina de facturación y hacer las disposiciones de pago cuando sean necesarios.

A continuación se detalla la organización y servicios médicos de cada uno de los niveles que maneja la institución. Para fines de la investigación, únicamente se contemplaron los servicios de segundo nivel de atención (Hospital) las clínicas de medicina familiar y el servicio de pediatría.

El hospital principal de Beijing Unido

Este campus o complejo, concentra la mayor parte de los servicios de medicina de segundo nivel, mediante las distintas especialidades clínico-quirúrgicas para la resolución de los problemas de salud de mayor prevalencia. Cuenta con sala de emergencias abierta las 24 horas, consulta externa, hospitalización, sala de pediatría, radiología, farmacia y laboratorio. Respecto a la medicina alternativa, cuenta con un consultorio quiropráctico y un área de medicina tradicional china.

El campus de Beijing Unido está constituido por cuatro edificios:

El primer edificio o *gate house* cuenta con la clínica dental, el área de medicina interna (donde se presta atención médica a las enfermedades concernientes a diabetes, alergias, enfermedades infecciosas, nefrología, neurología y reumatología) así como el área de medicina familiar.

En el segundo edificio se concentra las áreas de urgencias, laboratorio, radiología, banco de sangre, pabellón materno infantil, nutrición, fisioterapia, quiropráctico, y área de quirófanos.

El tercer edificio se ubica el centro cardiovascular y las áreas de medicina interna de gastroenterología, neumología, endoscopía, el área de pediatría en todas sus subespecialidades: ortopedia, cardiología y cirugía. También se ubica en este edificio el área de farmacia, hospitalización y ultrasonido.

Finalmente, el cuarto edificio (y el más reciente en cuanto a su construcción) también está contemplado para las áreas pediátricas siguientes: El centro de salud pediátrica preventiva y la clínica de especialidades pediátricas. En este lugar se encuentran localizadas de igual manera el departamento de medicina tradicional china y cirugía plástica.

El perfil de servicios para la atención a usuarios que ofrece el hospital Beijing se muestra en la siguiente tabla. En el listado no fueron incluidos los servicios de medicina estética o cirugía programada, tampoco los servicios de geriatría o de medicina crítica, esto debido a la especificidad de la población infantil y materna con la que se laboró en la investigación.

Principales paquetes y servicios generales para el público familiar con costo aproximado en pesos mexicanos

Paquete / servicio	Aspectos que cubre	Costo aproximado en Pesos Mexicanos
Consulta médica a Domicilio	-Cuatro visitas al año por un médico familiar. -Una evaluación médica inicial con plan personalizado de cuidado, incluyendo medicación y educación preventiva. -Consultas telefónicas. -Entrega a domicilio de fármacos. -Consejería médica.	\$37, 300 pesos por persona o integrante de la familia
Paquete prenatal por el	-Consulta pediátrica mensual en el primer	

hijo o hijos nacidos "en el año del cordero" (o dependiendo del signo chino del zodiaco en turno)	año - Consejería médica - Entrega a domicilio de fármacos	\$ 30, 000 pesos por niño de familia
Vacunación estacional	Aplicación de la vacuna antigripal FLUARIX® de segunda generación, fabricada por el laboratorio Glaxo Smith Kline ®	\$ 250 por aplicación
Centro de vigilancia del desarrollo infantil	- Aplicación de las evaluaciones "Age & Stage Quesstionaire" o ASQ-3 -Consejería parental sobre el desarrollo psicomotor y emocional del niño menor de cinco años	\$ 60, 000 por paquete o \$ 5,000 pesos por sesión
Paquete Parto vía Vaginal	- Alojamiento de tres noches con alimentación incluida. -Cuidados de enfermería. -Equipo de resucitación neonatal. -Visitas médicas diarias. -Monitorización materno fetal -Fármacos básicos como paracetamol, indometacina, laxantes, lubricantes vaginales. -Vitamina K, eritromicina oftalmológica, soluciones parenterales, crema lubricante. -Vacunación contra tuberculosis y hepatitis, primeras dosis. -Seguimiento médico por seis semanas pos parto. - Laboratorios de rutina.	\$ 140,000
Paquete Parto vía cesárea	-Tres noches de alojamiento con alimentación. -Consulta anestesiología. -Valoración pediátrica. -Equipo de resucitación. -Visitas médicas rutinarias. -Cuidados de enfermería. - Sala quirúrgica, cateterización urinaria, oxigenoterapia, sedación, fármacos necesarios para la cirugía, analgésicos básicos, laxantes, lubricantes, soluciones antisépticas, profilaxis antibiótica. -Laboratorios de rutina. -Seguimiento médico por seis semanas post cesárea.	\$ 220,000
Paquete consulta y seguimiento del embarazo	- Examen físico - Elaboración historia clínica. - Administración de ácido fólico. - Anticuerpos para Rubeola y virus hepatitis A.	\$10,000

	- Hemoglobina glucosilada y hormona tiroidea.	
Regulación emocional	Psicología grupal	\$ 370 por sesión

FUENTE: <http://beijing.ufh.com.cn/wellness-resources/promotions-packages?qpage=3>

Para el área de medicina tradicional, la institución Beijing Unido cuenta con ocho médicos bilingües mandarín-inglés, todos ellos debidamente certificados por las universidades chinas en medicina tradicional y el consejo chino de salud. De todo el personal médico, solamente una doctora hablaba español a nivel básico.

Las terapias ofrecidas por el área de medicina tradicional china son: herbolaria, acupuntura, moxibustión y consejería holística (que incluye hábitos alimenticios, higiene de sueño y ejercicio físico acorde a la filosofía de la medicina tradicional).

Para respaldar la garantía de los productos herbales que manejan los médicos tradicionales del Beijing Unido, emplean con el paciente aquellos productos autorizados únicamente por el Consejo Regulador del Ministerio Chino de Salud, y el personal del hospital se encarga de preparar (o someter a procesos de cocción) las fórmulas herbales que han sido prescritas al enfermo, esto para que el paciente no tenga problemas de elaboración medicinal.

Respecto a la atención del niño enfermo desde la perspectiva tradicional china, dentro de la organización del hospital no se contempla un área o personal específicamente destinado para la atención infantil, sin embargo, ante la solicitud de un padre de familia para la aplicación de terapia tradicional china, el médico tradicional tratante realiza la consulta y terapéutica sin ninguna objeción, apegado siempre al conocimiento médico pertinente y a la reglamentación del hospital.

Principales enfermedades por área de especialidad atendidas por el servicio de Medicina Tradicional China en el Beijing Unido

Enfermedades respiratorias	Rinitis, alergia, infecciones de vías respiratorias altas, catarro común, tos, asma con componente alérgico, traqueítis y bronquitis crónica
Enfermedades digestivas	Esofagitis, gastritis, diarrea crónica, colitis, neurosis gastrointestinal, malabsorción intestinal
Enfermedades endocrinas	Diabetes Mellitus, hipertiroidismo, hipotiroidismo, Hashimoto
Enfermedades urológicas	Uremia, prostatitis, pielonefritis crónica, síndrome nefrótico, glomerulonefritis
Enfermedades neurológicas	Cefaleas, vértigo, insomnio, parálisis facial, enfermedad de Ménière, ansiedad, depresión
Enfermedades dermatológicas	Eccema, acné, pérdida de pelo, dermatitis, herpes zóster, urticaria, alergias.
Enfermedades Reumáticas	Artritis, espondilosis cervical, lupus sistémico, esclerodermia, polimiositis, espondilitis anquilosante, osteopenia
Enfermedades tumorales	Oncología General
Enfermedades de la mujer	Menopausia, amenorrea, hipermenorrea, endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad, depresión posparto, incontinencia urinaria, lumbalgia post parto, dolor abdominal difuso, quistes ováricos.

Fuente: Trabajo de campo 2011-2013.

Servicios de Pediatría en Beijing Unido

Para la atención de la salud infantil los médicos de las clínicas de medicina familiar se encuentran facultados para otorgar servicios de nivel primario, con enfoque a la consejería, prevención de enfermedades, control de niño sano y diagnóstico y tratamiento a los padecimientos más comunes. Sin embargo, ante la necesidad de la atención de urgencia, ya sea clínica o quirúrgica, así como para el seguimiento de patologías complejas, el niño es referido al hospital Beijing Unido desde la clínica familiar o bien, los padres de familia del paciente pueden acudir directamente a los servicios de pediatría de la institución.

Dentro del campus los servicios pediátricos se encuentran a lo largo de los cuatro edificios, siendo los principales: Cirugía Pediátrica, ortopedia, cardiología, hematología, medicina del adolescente y los servicios para niños con necesidades especiales.

La atención pediátrica se organiza de la siguiente forma: la madre puede acudir a la clínica de medicina familiar para que el niño enfermo sea examinado por el médico en turno, quien determina si necesita atención por un especialista o el padecimiento puede ser resuelto en primer nivel de atención. La segunda opción es que la madre o el padre de familia del niño enfermo haga una llamada telefónica al centro de atención para solicitar una cita programada con el pediatra.

La institución pone énfasis a través de la estructura de sus servicios que la madre puede acudir directamente a solicitar la atención de un pediatra si el niño presentara en su caso alguno de los principales padecimientos con signos de alarma, tales como: vómito, rash cutáneo, diarrea, deshidratación, pérdida del estado de alerta, heridas que requieran sutura, inmovilidad de alguna extremidad, supuración ótica, convulsiones, dolores importantes, fiebre mayor de 38°C, inapetencia a alimentos, etc.

El área de pediatría tiene propuesto la visita para revisiones periódicas en determinadas etapas de la vida infantil: Se insta a los padres a acudir a las clínicas o al hospital en el primer año de vida cada dos meses, a los 15, 18 y 24 meses de edad del niño, semestralmente de los dos a los cinco años y anualmente de los cinco hasta los 21 años de edad.

El servicio de pediatría está conformado por 36 médicos especialistas en neonatología y salud infantil, siendo este servicio el más grande de la institución Beijing Unido, probablemente por tratarse de permanecer como líder en el mercado en cuanto a servicios privados de salud para una sociedad en donde existe una gran preocupación por el bienestar de los hijos únicos de las familias chinas con recursos económicos.

Del total de pediatras y neonatólogos, 26 son mujeres y 10 son hombres. Respecto a las nacionalidades, 30 pediatras son chinos, 3 son estadounidenses, 2 médicos son filipinos y colabora un cirujano australiano. Todos los médicos sin excepción hablan inglés, y como idiomas complementarios algunos médicos hablan árabe, tágalog y cantonés. Sólo dos pediatras hablan español como idioma aprendido.

El enfoque del abordaje diagnóstico y terapéutico es puramente biomédico. La consulta se realiza al margen de una anamnesis o cuestionario general, llenando los formatos institucionales de historial clínico, motivo de consulta y antecedentes del enfermo. El formato se encuentra en idioma inglés, y el expediente se respalda en formato electrónico concentrándose en la base de datos de Beijing Unido.

Para la exploración física e integración diagnóstica, la enfermera toma signos vitales al niño y el médico realiza el resto de los procedimientos. El padre o el responsable del menor tiene que encontrarse presente durante toda la consulta, el enfoque de la conversación se da mayoritariamente entre adultos.

El tratamiento es farmacológico aproximadamente en un 80% de la atención médica, basándose en medicamentos manejados por un cuadro básico establecido por la institución. El resto del tratamiento médico radica en recomendaciones generales hechas por el médico a su criterio, tales como: cuidados en casa, orientación para reconocer los signos de alarma de la enfermedad tratada, valorar la hidratación del niño, lavado de manos al administrar los medicamentos o los alimentos al niño, restricciones de algunos alimentos no permitidos de forma temporal, todo dependiendo de la enfermedad en cuestión.

En la consulta no se encuentra permitido realizar ningún tratamiento o consejo considerado como alternativo al perfil biomédico (por ejemplo, manipulación de extremidades o columna como masajes, formulación de dietas, etc.) así como tampoco la recomendación de ningún tipo de sustancia natural o fabricada que no pertenezca al cuadro de medicamentos arriba señalado.

El encuentro entre médico y enfermo se realiza en un máximo de media hora, desde que se acude a solicitar el servicio o la cita programada hasta la despedida.

No existe acceso directo al médico por fuera de la clínica, o en otro espacio que no sea dentro de la consulta programada, ya que éstos no se encuentran autorizados para brindar información personal, telefónica o correo electrónico.

Para el seguimiento del enfermo, el paciente o el familiar interesado tiene que comunicarse con los asistentes de la recepción, hablar a la línea telefónica

general del Beijing Unido o a los servicios al cliente, pero de ninguna forma se contacta directamente al médico tratante, a menos que se genere una nueva cita programada.

Clínicas de primer nivel en Beijing Unido

Se encuentran ubicadas en los principales distritos de Beijing donde se concentra la mayoría de residentes extranjeros. De esta forma, existen una clínica en Shunyi, y otra en Liangma (Chaoyang) donde las madres de familia podían acudir en un horario de lunes a viernes de 8:30 a 5:00 pm.

Cada clínica ofrece un número telefónico determinado para solicitar cita con anticipación, ya que las consultas espontáneas pueden que no sean atendidas con prioridad a menos que se trate de alguna lesión o enfermedad con carácter de gravedad. Tienen la conexión con el servicio de Shuttle para trasladar a cualquier paciente de alguna de las clínicas al Campus Principal.

Las clínicas están adaptadas con el equipo médico básico necesario para realizar exploraciones físicas, control de peso y talla, toma de signos vitales e instrumental para realizar intervenciones mínimas a los pacientes. No disponían de equipo avanzado para traumatismos o lesiones pre hospitalarios ni contaban con material quirúrgico.

La prescripción de fármacos está enfocado al tratamiento biomédico y las presentaciones tópicas, óticas, oftalmológicas y orales como tabletas, suspensiones, o cápsulas podían ser adquiridas en el hospital Beijing Unido o en cualquier otra farmacia donde el paciente pudiera tener acceso. Los fármacos administrados por vía intramuscular están restringidos debido a la prohibición que existe en China sobre la venta libre de jeringas.

La receta se elabora en inglés, por lo que, si la persona se ve obligada a comprar el fármaco en la calle, necesariamente tiene que acudir a las principales farmacias del área de Sanlitun ya que en la mayoría de las farmacias en los distritos de Beijing no se lee ni se habla inglés en términos generales, mucho menos en los técnico- médicos.

Los servicios ofrecidos por las clínicas familiares son los siguientes:

Principales servicios clínicos familiares Beijing Unido

Tipo de Servicio	Costo aproximado en Pesos
Check-up clínico o consulta médica	\$2000
Planificación familiar y anticoncepción	\$500
Medicina para el viajero	\$2000
Consejería para vacunación	\$500
Medicamentos OTC	Variable
Exámenes de sangre y orina	Variable
Referencia a especialidades médicas	Sin costo
Servicio de Shuttle entre la clínica y el hospital.	Sin costo

Fuente: Trabajo de campo 2011-2013.

Principales enfermedades por área de especialidad atendidas por el servicio de Medicina Familiar de Beijing Unido

Atención Primaria	Enfermedades atendidas por especialidad
Diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas otorgadas por los médicos de las clínicas familiares Beijing Unido	<p>Otorrinolaringología: Gripe, sinusitis, infección de oído, inflamación de garganta, alergias estacionales</p> <p>Neumología: Asma, bronquitis, neumonía.</p> <p>Cardiología: Hipertensión, palpitaciones.</p> <p>Gastroenterología: Dolor de estómago, diarrea, meteorismo, estreñimiento, malestar abdominal.</p> <p>Endocrinología: Diabetes y problemas de tiroides.</p> <p>Urología: Infección de vías urinarias, problema de próstata, infecciones de transmisión sexual.</p> <p>Accidentes óseos, dolor de espalda o articulaciones.</p> <p>Dermatología: Eccema, acné, rosácea, screening de cáncer de piel.</p> <p>Psicología: Depresión y ansiedad.</p>

	<p>Medicina infantil: Seguimiento al crecimiento del niño, consejería alimentaria, vacunación, enfermedades estacionales como catarro, diarrea y alergias; accidentes leves que no comprometan la integridad física o la vida del niño, problemas de continencia urinaria, ansiedad, sobre peso y enfermedad mano-pie-boca.</p>
--	--

Fuente: Trabajo de campo 2011-2013.

El grupo de médicos que conforman las clínicas de medicina familiar es amplio y fluctuante, debido a que la mayoría de los profesionistas son extranjeros con contratos temporales establecidos en Beijing por periodos cortos de tiempo, entre dos o tres años. De los 21 médicos familiares predomina el sexo femenino con doce mujeres. Algunas de ellas se encuentran laborando para Beijing Unido debido a que establecieron contacto con la institución desde sus países de procedencia, y otras por encontrarse casadas con residentes de Beijing.

De las nacionalidades de dichos médicos, el predominio lo tienen los estadounidenses, al ser diez médicos de origen binacional (USA-China), cinco de nacionalidad china con estudios en el extranjero, dos médicos procedentes de Alemania y un médico de cada uno de los siguientes países: Canadá, Korea, Singapur y Francia.

Todos los médicos son bilingües, teniendo el idioma inglés como base y sumados los idiomas maternos más los aprendidos para desempeñar su profesión, ofreciendo servicios médicos en mandarín, japonés, italiano, francés, alemán, árabe y coreano. Entre los 21 médicos de consulta familiar, se encontró que únicamente seis hablaban español a nivel medio, ninguno de los médicos tenía el español por lengua materna. Las clínicas carecen de intérprete presencial, por lo que ante la problemática de consultar a un médico que no hable cualquier idioma distinto al del enfermo o la familia, las asistentes marcan un número telefónico que conecta a Beijing Unido con un centro de interpretación en tiempo real.

Cada médico está destinado a laborar dentro de alguna de las nueve clínicas de nivel primario y algunos dentro de consulta externa del hospital, generalmente en el mismo horario y en la misma sede sin tener rotaciones a menos que se ausentaran por motivos de salud, viaje al extranjero o vacaciones

alguno de los colegas. La organización de agenda y sede fija para pacientes citados permite a la institución mayor control de los casos y fomentar la relación del médico con el paciente que busca la atención médica.

El enfoque del tratamiento es puramente biomédico. La consulta se realiza al margen de una anamnesis o cuestionario general, llenando los formatos institucionales de historial clínico, motivo de consulta y antecedentes del enfermo. El formato se encuentra en idioma inglés, y el expediente se respalda en formato electrónico concentrándose en la base de datos de Beijing Unido.

Para la exploración física e integración diagnóstica, cada médico es libre de ejercer su profesión y el estado de arte como mejor le convenga, pero siempre cumpliendo con las normas institucionales: trato digno al paciente, acompañado siempre por un familiar y un asistente de la clínica, apegándose únicamente al padecimiento referido por el que el paciente acude a consulta.

El tratamiento es farmacológico aproximadamente en un 80% de la atención médica, basándose en medicamentos manejados por un cuadro básico establecido por la institución. El resto del tratamiento médico radica en recomendaciones generales hechas por el médico a su criterio, tales como: cuidados en casa, hidratación, lavado de manos, restricciones de algunos alimentos no permitidos de forma temporal, todo dependiendo de la enfermedad en cuestión.

En la consulta no se encuentra permitido realizar ningún tratamiento o consejo considerado como alternativo al perfil biomédico (por ejemplo, manipulación de extremidades o columna como masajes, formulación de dietas, etc.) así como tampoco la recomendación de ningún tipo de sustancia natural o fabricada que no pertenezca al cuadro de medicamentos arriba señalado.

El encuentro entre médico y enfermo se realiza en un máximo de media hora, desde que se acude a solicitar el servicio o la cita programada hasta la despedida.

No existe acceso directo al médico por fuera de la clínica, o en otro espacio que no sea dentro de la consulta programada, ya que éstos no se encuentran autorizados para brindar información personal, telefónica o correo electrónico.

Para el seguimiento del enfermo, el paciente o el familiar interesado tiene que comunicarse con los asistentes de la recepción, hablar a la línea telefónica general del Beijing Unido o a los servicios al cliente, pero de ninguna forma se contacta directamente al médico tratante, a menos que se genere una nueva cita programada.

5.2. Obtención de recursos biomédicos y tradicionales chinos: medicamentos para el cuidado de la salud

Para la adquisición de los medicamentos ya sea de autoconsumo en el hogar derivado el auto cuidado, o aquellos recetados por los médicos consultados, las madres de familia tuvieron en general, cinco opciones para acceder a los recursos materiales con enfoque específico en medicamentos que tienen como objetivo mejorar la salud o la curación de un padecimiento, englobando con esto los recursos materiales biomédicos y los incorporados de la medicina tradicional china:

1. Farmacia del Hospital Beijing Unido
2. Farmacias locales de Shunyi, Chaoyang o Sanlitun
3. Conformación y uso del botiquín personal de cada madre de familia
4. Enriquecimiento y abasto del botiquín de cada madre de familia

En los primeros dos puntos de obtención de los recursos, las farmacias contaban con el mayor abasto de medicamentos para el control de enfermedades. Sin embargo, entre estas dos opciones existían dos grandes diferencias: El costo económico y el idioma como barrera de acceso.

Para el caso de la farmacia del Hospital Beijing Unido, ubicada en el tercer edificio del complejo, el mecanismo para la adquisición de los medicamentos estaba organizada de la siguiente forma: el paciente acude a ventanilla con receta impresa o dando el número de referencia del consultorio donde fue atendido así como el nombre del médico tratante. El personal de ventanilla imprime la orden, reúne el o los fármacos, imprime las etiquetas con el nombre del paciente y la

posología prescrita, las adhiere a los envases farmacológicos y el paciente hace el pago correspondiente con tarjeta de crédito o dinero en efectivo.

De esta forma el paciente sale de consulta con los medicamentos recetados con la inscripción de su uso contenida en cada caja o frasco para ser administrados en dosis, tiempo y horario correcto, siempre y cuando el paciente comprenda el idioma inglés puesto que es en este idioma en el que son impresas las etiquetas.

Existen también fármacos *Over the Counter (OTC)* para acceso libre sin necesidad de receta médica, para lo cual el paciente primeramente observa un muestrario en vitrina con los envases de los fármacos, costos y número de referencia. Una vez tomado nota de lo necesario, el paciente o comprador acude a ventanilla con el número de referencia del fármaco mostrado en vitrina y el personal hace la entrega correspondiente.

Entre los fármacos OTC disponibles se encontraron básicamente Anti Inflamatorios No Esteroideos, Analgésicos, Antipiréticos, Antitusígenos, Anti espasmódicos, Anti histamínicos, Sales de bismuto, Anti ácidos y protectores de mucosa gástrica, multi vitamínicos, electrolitos orales, vitamina C y material de curación para las heridas. Las presentaciones farmacológicas fueron tabletas, cápsulas, soluciones, suspensiones y grageas. No se dispone de material como jeringas y agujas hipodérmicas, ampulas de solución salina o agua inyectable, soluciones intravenosas o cualquier presentación farmacológica para vía intramuscular.

El personal de la farmacia Beijing Unido era bilingüe hablando mandarín e inglés, este último con cierta dificultad en su fluidez y manejo de vocabulario médico. No había personal de habla hispana y cualquier dificultad respecto al idioma, los empleados de mostrador marcaban el teléfono de servicio a cliente y una de las intérpretes latinas acudía a la ayuda para aclaración de dudas.

Las tres farmacias locales, sin embargo, cuentan con una organización y operación muy diferentes a la arriba descrita. Durante las visitas y recorridos que se realizaron, se eligieron las tres farmacias por ser las que las madres de familia frecuentaban, debido a la cercanía de los hogares y comodidad de su ubicación.

Tanto la farmacia de Shunyi, como las otras dos del Distrito de Chaoyang, cuentan con recursos materiales de la medicina tradicional china así como de la biomedicina. Estructuralmente, el espacio físico estaba dividido en dos secciones:

En un extremo del recinto, las vitrinas se encontraban organizadas de tal forma que exhibían a la vista del cliente todos los fármacos biomédicos en sus distintas presentaciones. Los fármacos OTC, producidos por laboratorios internacionales (ejemplo Bayer®, Johnson&Johnson®, Merck® etc.) se ofrecían en la vitrina principal, casi siempre a la entrada de la farmacia.

El resto de los fármacos, aquellos producidos por laboratorios nacionales, se ubicaban en las vitrinas altas, detrás del mostrador. El cliente podía hacer recorrido de las vitrinas para mirar el fármaco requerido. Todo se encontraba catalogado en mandarín, con precios en yuanes.

Los fármacos ofertados eran Antibióticos, Antifúngicos, Antivirales, Anti parasitarios, Expectorantes, Anti Inflamatorios No Esteroideos, Analgésicos, Antipiréticos, Antitusígenos, Anti espasmódicos, Anti histamínicos, Anti ácidos y protectores de mucosa gástrica. A excepción de los antibióticos, que requerían receta médica escrita en mandarín, el resto de los fármacos era de fácil acceso.

Las presentaciones farmacológicas fueron tabletas, cápsulas, soluciones, suspensiones y grageas. No se dispone de material como jeringas y agujas hipodérmicas, ampulas de solución salina o agua inyectable, soluciones intravenosas o cualquier presentación farmacológica para vía intramuscular.

En el extremo opuesto del mismo lugar, el otro grupo de vitrinas contenía los productos herbolarios naturales (como cortezas, raíces, hojas secas, bulbos, flores, animales disecados, etc.) almacenados en frascos de vidrios o depositados en bandejas de plástico, resguardadas del polvo. Los productos herbolarios industrializados (en polvos, tés, infusiones, ampolletas, jarabes, etc.) y algunos minerales para la realización de decocciones medicinales se encontraban en sus respectivos envases, etiquetados para su venta en yuanes.

El procedimiento para adquirir los recursos materiales en estas farmacias consistía primeramente en acudir con la empleada de mostrador y entregar la receta únicamente si ésta se encontraba impresa en mandarín, de lo contrario la

empleada hacía caso omiso de la solicitud. Es importante comentar que en ambas farmacias (Beijing Unido y las locales) había interacción entre los empleados y los clientes, pero en éstas segundas farmacias, la interacción era mayor, ya que había que señalar a la empleada el fármaco necesario, una vez que ella lo localizaba, hacía entrega de un ticket de papel con el monto total, el cliente lo llevaba a caja y una vez hecho el pago únicamente con efectivo, la cajera entregaba el recibo final con copia que había que devolver a la primera empleada del mostrador. Ella previamente tenía los fármacos depositados en una bolsa y al momento de recibir la copia del recibo final, entregaba el recurso.

Las empleadas del mostrador únicamente hablaban mandarín, por lo que cualquier prescripción o interacción en cualquier otro idioma, no les permitía el desempeño de su trabajo, llegando en ocasiones a retirarse de la vitrina sin mayor intento de interacción con el cliente.

En las tres farmacias locales, sobre alguno de los mostradores, se ubicaba un libro vademécum⁸ con el contenido de todos los fármacos biomédicos vendidos por el local. La mitad del libro contenía la información y descripción de cada droga en idioma inglés, y la segunda mitad del libro contenía la misma información farmacológica pero en idioma mandarín.

Con ello las empleadas de la farmacia pretendían resolver el obstáculo del idioma, al momento de identificar la barrera con el cliente, acudían a tomar el libro y depositarlo en manos del extranjero que no hablaba mandarín, señalando con las manos que indicaran el nombre de la sustancia para entonces ellas buscarla.

Esto representaba, por tanto, un doble reto para cada madre de familia: conocer la dinámica de venta de las farmacias locales, implicando la interacción de las empleadas con nulo conocimiento del idioma inglés y la poca disponibilidad para tratar con personas extranjeras, y segundo, en caso de tener el vademécum disponible para su consulta, debía de haber un conocimiento y cierto dominio

⁸ El vademécum proviene del latín *vade* "anda" y *mecum* "conmigo", siendo este una recopilación, generalmente impresa, de las nociones fundamentales de una materia o ciencia en concreto. En general, en el campo de la medicina el vademécum es una publicación periódica y actualizada que comprende el nombre comercial, sustancia activa, presentaciones, composiciones, interacciones y posología de las drogas medicamentosas en orden alfabético.

sobre tecnicismos médicos, empezando por el nombre de la sustancia activa o composición farmacológica que se deseaba adquirir.

La segunda gran diferencia entre estos dos establecimientos, las farmacias locales respecto a la farmacia de Beijing Unido, es el costo de los fármacos.

Para realizar un ejercicio comparativo, primeramente se indagó sobre los tres medicamentos de mayor uso dentro de todos los hogares de las seis madres de familia, que fueran conocidos por todas ellas, respecto a la forma de uso y las indicaciones médicas. Del resultado se nombran los siguientes:

1. Motrin®. Suspensión anti inflamatoria, utilizada para combatir la fiebre y dolores.
2. Nin Jiom Pei Pa Koa®. 京都念慈菴川貝枇杷膏 Jarabe para contrarrestar la tos.
3. Vicks® VapoRub®. Ungüento empleado tópicamente en distintas áreas del cuerpo para molestias del resfriado común.

Una vez nombrados los medicamentos de mayor uso y conocimiento, se indagó sobre los precios en las farmacias y resulta evidente la diferencia de precios:

Precios en pesos de los medicamentos más usados por las seis madres de familia

Medicamento	Precio en Farmacia Beijing Unido	Precio en Farmacias de zona Chaoyang	Precio en Farmacia de Shunyi
1. Motrin®.	\$120	\$30	\$45
2. Nin Jiom Pei Pa Koa®.	\$275	\$50	\$65
3. Vicks® VapoRub®.	\$70	\$15	\$25

Fuente: Trabajo de campo 2011-2012.

Debido a la gran diferencia del costo entre la farmacia hospitalaria y las locales, las madres de familia, conocedoras de esta discrepancia comercial, resolvían la problemática de la siguiente manera: En todos los casos estudiados, durante el proceso de auto atención y al momento de necesitar hacer uso de cualquier medicamento (por ejemplo, alguno de los tres arriba mencionados) la

primera instancia a acudir eran las farmacias locales, debido al bajo costo del fármaco. La farmacia del Beijing Unido, a pesar de contar con la comodidad de envío a domicilio, dominio del idioma inglés para levantar la solicitud y aceptar el pago con tarjeta de crédito, nunca fue la primera opción a elegir, esto por el alto precio de sus medicamentos en comparación con las farmacias locales. Las madres de familia preferían salir a la calle, acudir a las farmacias locales e interactuar con las empleadas del mostrador, antes que "someterse al abuso comercial" de la farmacia hospitalaria.

Para el caso de madres como Andrea, Leticia y Marina, cuyo nivel de idioma mandarín les permitía resolver asuntos básicos de la vida cotidiana, el solicitar el medicamento en las farmacias locales no era contratiempo alguno. En cambio, para Lucía, Daniela y Pilar, la carencia del manejo del idioma les representaba un obstáculo para poder solicitar el fármaco en el mostrador.

Los recursos y las estrategias que emplearon para resolverlo resultó característico de cada madre de familia, como se ha comentado en otros momentos del presente trabajo: Daniela realizaba la compra a través de su hijo Enrique, quien hablaba con suficiente fluidez el idioma. Era él quien pedía la medicina, aun siendo él el enfermo a necesitarla.

Para Daniela y Pilar, eran dos las estrategias de solución, la primera era llevando con ellas el envase o envoltura del fármaco (si es que éste era de origen local) y sin mayor diálogo con las empleadas lo mostraban al mismo tiempo que con manejo del cuerpo, a través de señalamientos con la mano hacia los anaqueles, pedían uno nuevo. La segunda estrategia, menos utilizada, era a través de solicitarle el favor a alguna amiga que hablara mandarín o las acompañara directamente a la farmacia.

Por otro lado, cuando el seguro médico otorgaba la cobertura total de la consulta médica y del tratamiento para los padecimientos que las madres consideraban de mayor gravedad porque el problema de salud rebasaba el cuidado en casa, las madres (todas, a excepción de Lucía quien carecía de seguro) adquirirían los fármacos prescritos en la farmacia de Beijing Unido, por la comodidad de realizar todo el acto (consulta, interacción con el médico, asistencia

a la institución para recibir la atención) dentro de un mismo tiempo y en una misma área, además que no les representaba gasto alguno.

Todas las madres de familia poseían botiquines en cada uno de sus hogares. Por regla general, antes de su arribo a China, cada mujer se encargó de elaborar un listado y la compra de los fármacos necesarios para ellas mismas atender las necesidades básicas de salud en el hogar. La premisa fue que al no saber con qué medicamentos iban a contar en Beijing, y ante la duda e incertidumbre sobre la calidad y el costo de los mismos, les generó más confianza y tranquilidad organizar su propio abasto de medicamentos.

La forma de organizar el botiquín para el viaje a China fue de la siguiente manera:

1. Mediante la adquisición de medicamentos ya conocidos y usados por cada una de las madres de familia. Esto les proporcionaba cierto dominio de padecimientos comunes, como por ejemplo: analgésicos como el paracetamol para el dolor y la fiebre. Estos medicamentos, la mayoría OTC, fueron comprados en las farmacias.
2. Mediante la solicitud al médico pediatra de una receta médica. Madres como Daniela, Leticia, Lucía y Marina, acudieron con sus médicos pediatras de confianza para comentarles que se mudaban a China y que necesitaban llevarse consigo medicamentos pediátricos para poder resolver las enfermedades más conocidas (diarrea, gripa y dolor) a lo que los médicos accedieron de buena forma.

A cada madre de familia se le expidió su receta que en la mayoría contenía antibióticos en presentación pediátrica y otros en presentación adulta, pensando también en la seguridad de los padres. Con este documento legal, pudieron obtener los medicamentos controlados y viajar con ellos de manera segura, anticipando que si en algún momento la aduana aeroportuaria les solicitaba un comprobante, no tuvieran dificultad alguna en poder viajar con las prescripciones.

Todas las madres de familia reconocieron que con el paso del tiempo, muchos de esos fármacos traídos de México al no ser utilizados, perdieron caducidad, teniendo que obsequiarlos antes de la fecha de expiración o tirándolos a la basura. Finalmente iniciaron el plan del botiquín con medicamentos extras que

no les fue de necesidad, como el caso de Marina, quien hasta armó su botiquín con antivirales y antibióticos de amplio espectro (cefalosporinas de tercera generación).

Los espacios y la forma donde conservaban el botiquín no resultó ser tan diverso: Todas conservaban los fármacos agrupados en una misma caja, bolsa o cajón resguardado por seguridad de los hijos, dentro de la recámara matrimonial. Todos los esposos tenían acceso directo a él, pero no así los hijos.

Pilar, Marina, Lucía y Andrea tenían además del botiquín "fijo" como ellas lo llamaban, otro botiquín más pequeño en la bolsa de mano. Estos simplemente contenían material de curación (toallas de algodón con alcohol) Band-Aids® y pastillas de Aspirina® o Paracetamol.

Con el transcurso del tiempo, ellas mismas comentaron que los contenidos de los botiquines fueron cambiando a través de las necesidades de los hijos y de los cuadros de enfermedades que éstos presentaban.

Los padecimientos más presentes entre los niños son los de origen infeccioso en las vías respiratorias. Las madres lo atribuyeron a agentes micro bacterianos, virales y ambientales, siendo el colegio la principal fuente de contagio. En relación al ambiente, atribuyen a la persistente contaminación atmosférica la vulnerabilidad para enfermarse, aunque no siempre es la causa primaria. Los principales síntomas de las enfermedades de este grupo son:

- Decaimiento o cansancio, irritabilidad.
- Tos seca o con flemas, hiperemia conjuntival, rinorrea hialina o purulenta.
- En ocasiones fiebre siempre cuantificada por arriba de los 37.2 grados centígrados y apatía general.
- Dolor de garganta con la imposibilidad de ingerir alimentos de consistencia sólida, hiporexia y ligera deshidratación.

En segundo lugar aparecen otras causas de enfermedad infecciosa como otitis media no supurativa, dolor abdominal acompañado de diarrea y en tercer lugar, traumatismos menores (contusiones, laceraciones, etc.) por accidentes durante el juego.

Es importante señalar que todas las seis madres de familia fueron capaces de reconocer por lo menos cinco fármacos biomédicos y su indicación médica frente a los tres síntomas más comunes manifestados por sus hijos: Fiebre, dolor y tos.

1. Paracetamol: Anti inflamatorio para disminuir la fiebre, también se puede emplear en cualquier caso de dolor corporal asociado o no a enfermedades causales, sin efectos secundarios o contraindicaciones durante su uso aislado o con otros medicamentos. No se asoció competencia farmacológica respecto al uso del Ibuprofeno, pero apreciativamente señalaron las madres de familia al Paracetamol como un fármaco "menos potente". Distinguieron sus presentaciones en gotas, supositorios rectales y tabletas.

2. Ibuprofeno: Anti inflamatorio para disminuir la fiebre, también se puede emplear en cualquier caso de dolor corporal asociado o no a enfermedades causales, sin efectos secundarios o contraindicaciones durante su uso aislado o con otros medicamentos. No se asoció competencia farmacológica respecto al uso de Paracetamol, aunque las madres de familia señalaron que al parecer el efecto del Ibuprofeno es "más potente" que el Paracetamol. Distinguieron sus presentaciones en suspensión infantil y tabletas.

3. Ambroxol: Antitusígeno y expectorante, aunque las madres de familia no supieron distinguir ante qué tipos de tos (Seca o productiva) emplear su uso, ya que lo aplicaron indistintamente. Reconocieron que es el principal componente activo de los jarabes para la tos, sin importar otros fármacos asociados en los componentes de la fórmula. Distinguieron su presentación en suspensión infantil.

4. Ampicilina: Antibiótico para enfermedades de origen infeccioso, de primer uso para los casos de catarro común, diarrea y otitis media. Reconocieron que tiene potencial alergénico y que su uso sin indicación médica puede generar resistencia bacteriana. Sin embargo, ante el criterio clínico de cada madre de familia como cuidadora, este antibiótico resultaba ser de gran uso frente a los padecimientos.

Distinguieron su presentación en tabletas y polvo para preparar suspensión, la importancia de vigilar el periodo de caducidad y la toma estricta de horario.

5. Loperamida: Anti diarreico. Las madres de familia reconocieron que frente a los cuadros diarreicos importantes, era el fármaco de predilección sobre los antibióticos e inclusive, la hidratación. Esto debido a su rápido efecto en la desaparición sintomática importante que representaban las evacuaciones líquidas. La mayoría de las madres de familia desconocieron contra indicaciones, limitaciones médicas y tiempos de dosificación, ya que este medicamento fue utilizado por la mayoría como "uso de una vez" es decir, que no precisaba de horario o dosis específicas. Bastaba con una o dos tomas para esperar el efecto deseado y posteriormente se suspendía su uso. Distinguieron las presentaciones en tabletas.

A manera de presentar los fármacos de mayor uso por madre de familia, contenidos en los botiquines revisados, se muestra a continuación una tabla con los medicamentos:

Medicamentos usados por las madres de familia

Medicamentos presentes en cinco de seis botiquines	<p>AINES*: Paracetamol, Naproxeno sódico, Ibuprofeno, Diclofenaco, Nimesulida, Acido acetilsalicílico.</p> <p>ANTIBIOTICOS: Ampicilina, Amoxicilina-ácido clavulánico, Trimetoprim-Sulfametoxazol, Azitromicina.</p> <p>MISCELÁNEA: Dimenhidrinato, Clorfenamina, Vitamina C, caolín pectina, Loperamida, Ranitidina, Omeprazol</p> <p>Compuestos antigripales: Desenfriol-ito® (Maleato de Clorfenamina, Sulfato de pseudoefedrina, Paracetamol)</p>
Medicamentos presentes en la mitad de los botiquines	<p>Multivitamínicos infantiles</p> <p>Anti espasmódicos: Butilioscina</p> <p>AINE*: Metamizol</p> <p>Antibiótico: Ciprofloxacino, Dicloxacilina</p> <p>Procinético: Metoclopramida</p>
<p>Otros fármacos empleados por las madres de familia de manera particular:</p>	

<p>Leticia: Fármacos de la medicina homeopática.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Drosera como complemento para el tratamiento de enfermedades de vías respiratorias. 2. Ignatia Amara para fortalecer el sistema nervioso central para casos de agotamiento, estrés, insomnio. 3. Camomilla como complemento ante el dolor abdominal y/o diarrea.
<p>Pilar: Fármacos recetados por pediatra alergólogo por padecimiento específicos de alergia en la hija menor.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anti histaminico: Atomoxetina 2. Bronco dilatadores: Salbutamol
<p>Marina: Fármacos para el síndrome premenstrual presente en su hija mayor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ácido mefenámico

*AINE: Anti Inflamatorio No Esteroideo.

Fuente: Trabajo de campo 2011-2013.

Para el abasto del botiquín de cada madre de familia se tomaban diferentes acciones:

La compra del fármaco en las farmacias locales de Shunyi, Chaoyang o Sanlitun dependiendo la zona de localización de los hogares, y el resguardo del fármaco sobrante de las prescripciones hechas por el médico del Beijing Unido.

Como segunda estrategia, se recurría al botiquín de alguna persona conocida, siendo amistades o miembros de la comunidad latina, solicitando el medicamento de manera directa, por nombre o por género. Ejemplo: Búsqueda de algún analgésico como Naproxeno sódico, sin importar la marca, ya que lo que se buscaba era el componente farmacológico para quitar el dolor o la inflamación. O bien, buscando específicamente el nombre y la presentación como por ejemplo: Motrin® en suspensión con pipeta dosificadora. Los motivos para recurrir a este segundo término, en casos como Pilar y Lucía eran por razones económicas y por evitar salir a la farmacia en condiciones de mal clima ambiental (ya que ellas carecían de automóvil). Para las otras cuatro madres, el motivo para recurrir a la solicitud con las amistades era predominantemente por falta de abasto del medicamento de origen mexicano, es decir, ante la desconfianza por las formulaciones chinas, preferían buscar medicamentos "seguros" con otras madres de familia.

La siguiente estrategia de abasto se realizaba durante los viajes a México de las madres de familia, durante las vacaciones de verano, salidas navideñas o permisos de trabajo de sus esposos. Para esto realizaban un inventario de los medicamentos faltantes y los adquirían en las farmacias de mayor prestigio.

La última forma de abasto del botiquín era mediante encargos solicitados a aquellas personas conocidas como colegas de trabajo, otras madres de familia, maestros cercanos, amistades o miembros de la comunidad que fueran a viajar a México o a Estados Unidos y pudieran realizar la compra del medicamento OTC en las farmacias del aeropuerto. También se realizaron encargos a sus propios familiares o a aquellos amigos o parientes de las personas conocidas que se encontraran próximas a visitar Beijing. La forma de pago siempre fue contra entrega del medicamento, en moneda local. En ningún caso se hizo depósito previo debido a lo complejo de las operaciones bancarias.

Al tratarse de la realización de "un favor o molestia" para un tercer intermediario que viajaba hacia o fuera de China, no resultó ser el método más empleado como forma de abastecimiento de los botiquines en comparación con las tres estrategias previas. Sin embargo, la mitad de las madres de familia llegaron a emplear esta estrategia en varias ocasiones, siempre con los mismos intermediarios.

Para el enriquecimiento del botiquín y por lo tanto, de los recursos materiales de cada madre de familia la medicina tradicional china pudo brindar varios medicamentos que incorporaron fácilmente a la terapéutica de la auto atención.

A pesar de la enorme diversidad de elementos terapéuticos que conforman la medicina tradicional china, con especial énfasis en la herbolaria, para este trabajo se consideró agrupar bajo el término "medicamento" a aquellas formulaciones o preparados herbales tradicionales provenientes de laboratorios nacionales que bajo un método industrializado envasaban, distribuían y ofertaban a manera de compuestos listos para su consumo las sustancias medicinales.

Estos medicamentos herbolarios tradicionales permitieron a las madres de familia familiarizar su uso dentro del mecanismo de atención a las enfermedades

tanto de sus hijos como al resto de integrantes de la familia, ya que la forma de presentación (jarabes, sobres con polvo y ampollitas) venía acompañada de instructivos con la posología determinada, envasados en recipientes sellados, a decir de las madres de familia:

-Muy parecidos a las medicinas que normalmente se usan, bien empacados y vendidos en las farmacias como las demás (medicinas). Pilar (Entrevista, 2013).

La forma de presentación de estos compuestos herbolarios tradicionales, aunado a la rápida adquisición por vía de la farmacia local y el bajo costo a comparación de otros medicamentos de mismo uso frente a los padecimientos comunes, fueron razones suficientes para generar un interés en su consumo, pero el motivo principal y de mayor peso por el que las madres de familia comenzaron a incorporar estos nuevos medicamentos de forma rutinaria se debió a la referencia directa hecha por otras madres de familia o personas de confianza quienes los recomendaron, siendo estas personas cuidadores no profesionales de la salud o ajenas al campo de la medicina tanto tradicional china como biomédica.

El depósito de la confianza materna hacia la experiencia de una persona conocida en el manejo de los medicamentos herbolarios tradicionales permitió eliminar la percepción negativa de la mala calidad, la piratería o la adulteración del elemento terapéutico que las madres de familia tenían hacia cualquier fármaco o medicamento de procedencia china.

La experiencia de la otra persona, es decir, quien fuera el referente de recomendación del medicamento, y a su vez las mismas madres de familia que posteriormente recomendaban este recurso material a otras personas, adquirieron el conocimiento de los medicamentos herbolarios tradicionales a partir de dos resultados: El mejoramiento de la sintomatología presentada por el enfermo y la ausencia de efectos secundarios o nocivos del medicamento durante su uso.

En todos los casos, había una carencia total de conocimiento frente a los componentes herbolarios de la fórmula, ya que los medicamentos se encontraban con etiquetados y envasados en idioma mandarín, cosa que dificultaba la

interpretación del contenido, además de no tener información sobre los fundamentos botánicos de la medicina herbolaria.

Lo anterior no representó ningún impedimento para las madres el uso para los hijos durante los episodios de enfermedad, ya que como se explicó anteriormente, la experiencia referida por las personas bastaba como único referente de inocuidad.

La lógica de su uso lo señala una madre informante:

-Si todas las medicinas provienen de plantas, como la Aspirina® o la penicilina, seguro que estos remedios chinos (señalando los jarabes herbolarios tradicionales) sirven igual.- Marina (Entrevista, 2012).

Otra de las madres de familia hace relación de la efectividad de la medicina tradicional china con la sobrepoblación del país:

- Si existen tantos chinos en China, los miles de miles que hay por todas partes, yo creo que es porque su propia medicina y la acupuntura que inventaron les funciona bien.- Daniela (Entrevista, 2012).

La mayoría de las madres de familia tienen presente que por ser medicinas elaboradas de plantas o de algunas partes de las mismas como tallos, raíces y flores, al ser esto de procedencia natural o no sintetizado molecularmente de otros compuestos, no presenta efectos secundarios, aunque desconozcan cuáles son los componentes activos y su mecanismo de curación en el cuerpo.

De manera notoria, realizaron una comparación con la composición farmacológica biomédica en términos abstractos. Las madres reconocieron que la terapéutica biomédica está elaborada en gran parte por fármacos sintéticos (mencionando como ejemplo algunos antibióticos) y que aunque acepten carecer de conocimientos bioquímicos, el sentido del término "sintético" lo relacionan directamente con un elemento o ingrediente artificial y por lo tanto, convierte al fármaco en un componente nocivo al cuerpo, adquiriendo una dualidad curación-daño, dependiendo de la dosis y la enfermedad.

Además de lo mencionado, por experiencia propia algunas de las madres de familia han experimentado a lo largo de su vida y de la de sus hijos, efectos no

deseados como el exantema cutáneo abrupto tras la ingesta de antibióticos como las sulfas, o la molestia abdominal ocasionada por los anti inflamatorios y antibióticos.

Ante la evidencia de la aparición de efectos no deseables, las madres de familia relacionan dichos eventos secundarios con los componentes sintéticos o artificiales de los fármacos. Esta parte sintética también resulta ser la responsable de las posibles complicaciones del enfermo, o bien, de su falta de recuperación. Ante esta ambivalencia terapéutica de los fármacos biomédicos, una de las madres comentó:

- Es un mal necesario (haciendo referencia a los medicamentos biomédicos). Los médicos nos dicen como darles las medicinas a los niños, y nos regañan si no lo hacemos bien, porque si les damos más les puede hacer daño, o si les damos a diferentes horas no les hace efecto. También insisten mucho en no combinarlos con otras medicinas, pero (...) bueno, a veces les cae mal aunque se curen después ya traen otras molestias como cuando les da gripa y después de la medicina se quedan con diarrea.- Leticia (Entrevista, 2012).

La experiencia previa con los fármacos biomédicos, y la incorporación de los medicamentos herbolarios tradicionales con la percepción establecida de inocuidad por sus derivados botánicos, resultó en la comparación hecha por las madres de familia, haciendo uso exclusivo de los herbolarios para resolver los padecimientos leves (reconocidos por la falta de fiebre o ausencia del ataque al estado general) y combinándolos con los medicamentos biomédicos en caso de mayor gravedad o molestia de los síntomas del hijo enfermo.

Aunque existe una gran variedad de componentes medicinales herbolarios chinos para cada sistema fisiológico del cuerpo y entidad patológica determinada, resultó sobresaliente el hallazgo en los botiquines en los hogares, tres medicamentos especializados en el control y manejo de los síntomas respiratorios de las enfermedades de vías respiratorias infecciosas, y un cuarto medicamento para molestias abdominales como distensión o cólico, dolores musculares/viscerales o malestar general, todos ellos de venta libre en las farmacias con un costo promedio menor a cien pesos por empaque o envase. A continuación se enlistan:

1. Gan mao qing re ke li ®(感冒清热颗粒)
2. Nin Jiom Pei Pakoa ® (京都念慈菴川貝枇杷膏)
3. Fu Fang Chuan(复方川貝精片)
4. Jiāng tāng chá 姜湯茶

Gan mao qing re ke li ®(感冒清热颗粒)

Su función es eliminar los elementos “calor” y “viento” externo que influyen en el organismo para generar la gripa o catarro común provocado durante el invierno y con características febriles. Alivia los síntomas de escalofríos, dolores de cabeza, estornudos, molestia de la garganta, tos y fiebre.

Los componentes herbales que lo integran son: *Herba Schizonepetae*, *Herba Menthae*, *Radix Ledebouriellae*, *Radix Bupleuri*, *Folium Perillae*, *Radix Puerariae*, *Radix Platycodi*, *Semen Armeniacae Amarae*, *Radix Angelicae Dahuricae*, *Corydalis Bungeana*, *Rhizoma Phragmitis*, y Dextrina como edulcorante.

La forma de presentación es un envase de caja de cartón con 10 sobres conteniendo 12 gramos de gránulos cada una.

La indicación de uso es disolver en una taza de agua caliente una bolsita o sobre, revolver hasta su disolución y beber de forma inmediata, después de los alimentos, dos veces al día durante una semana o hasta que el enfermo recupere su salud.

Las madres de familia no refirieron contraindicaciones o efectos adversos. Como única desventaja, el sabor ácido-amargo que genera al ser disuelto, no aceptado por algunos de los hijos.

Nin Jiom Pei Pakoa® (京都念慈菴川貝枇杷膏)

El segundo recurso herbolario más utilizado, pero el más difundido entre la comunidad extranjera y las madres de familia en Beijing⁹. Su función es de expectorante, emoliente y antitusígeno en las infecciones respiratorias.

Los componentes herbales que lo integran son: *Fritillariae cirrhosae*, *Eriobotrya japonica*, *Adenophora stricta*, *Wolfiporia extensa*, *Citrus maxima*, *Platycodon grandiflorum*, *Pinellia ternata*, *Schisandra chinensis*, *Trichosanthes cucumerina*, *Tussilago farfara*, *Polygala tenuifolia*, *Prunus armeniaca*, *Zingiber officinale*, *Glycyrrhiza uralensis*, Mentol y miel de abeja como edulcorantes.

La forma de presentación es un envase de caja de cartón con un frasco de vidrio oscuro de 300 ml conteniendo el jarabe de color ambarino oscuro y viscoso, aunque también puede hallarse en forma de caramelos.

La indicación de uso es tomar una cucharada sopera tres veces al día, cada ocho horas, o disolver en una taza de agua caliente una cucharada sopera en caso de percibir el sabor intenso. Se emplea después de los alimentos, durante una semana o hasta que el enfermo recupere su salud.

Las madres de familia no refirieron saber sus contraindicaciones o efectos adversos. A diferencia del primer medicamento, el sabor del Jarabe Nin Jiom Pei Pakoa®, similar al eucalipto con miel, resulta más tolerable por los hijos o miembros de familia enfermos, facilitando con esto su uso durante los cuadros respiratorios.

Fu Fang Chuan(复方川贝精片)

Su función es revitalizar al organismo cansado frente a las enfermedades crónicas o agudas de origen infeccioso. Se considera como un tónico coadyuvante con otros medicamentos o remedios para combatir la enfermedad. Tiene también especial uso para los casos de tos seca o productiva.

⁹ **Pei Pa Koa®** tiene su origen en la dinastía Qing hace más de 400. Su elaboración fue creada por encargo de un comandante quien tenía a su madre enferma con tos crónica. Una vez curada la mujer, el comandante solicitó la producción masiva del jarabe para aliviar a un mayor número de enfermos. El nombre "Nin Jiom" significa "en recuerdo de la madre", y desde que la compañía fue creada, esta frase forma parte del logo que ilustra a un hijo cuidando a una madre anciana. FUENTE: <http://www.straitstimes.com/news/singapore/more-singapore-stories/story/5-things-about-chinese-herbal-syrup-nin-jiom-pei-pa-koa-#sthash.bcyjUBaM.dpuf>

Uno de los componentes herbales que lo integran es la *Fritillariae cirrhosae*, aunque pueden encontrarse presentaciones con *Indigo Naturalis*, *baphicacanthus cusia*, *Rhizoma Smilacis Glabrae*, *Radix Salviae Miltiorrhiae*, *Radix Angelicae Dahuricae*, *Radix Sophorae Flavescenti*, *Radix Paeoniae Rubra*, *Fructus Forsythiae Suspensae*, *Flos Lonicerae Japonicae*, *Flos Campsis* y *Radix Isatidis*.

La forma de presentación es en ampolleta de vidrio de 10 ml o frasco con tabletas.

La indicación de uso es disolver en una taza de agua caliente una ampolleta, revolver hasta su disolución y beber de forma inmediata, después de los alimentos, una o dos veces al día durante una semana o hasta que el enfermo recupere su salud. En el caso de tabletas, deglutir con un vaso de agua caliente.

Las madres de familia no refirieron contraindicaciones o efectos adversos. Como única desventaja, el sabor fuertemente amargo que genera al ser disuelto, no aceptado por algunos de los hijos e inclusive entre los adultos, además que en la presentación de las tabletas el tamaño resulta inseguro para los pacientes pediátricos.

Jiāng tāng chá 姜汤茶

Este último recurso herbal en realidad es un preparado natural que puede consumirse como té acompañante de alimentos o como agua de uso, fácilmente adquirible tanto en farmacias como en tiendas de supermercado, sin embargo se agregó a este listado por la percepción de las madres de familia al catalogarlo como "medicamento" con uso exclusivamente terapéutico frente a los padecimientos en casa.

Su función es múltiple, siendo un tónico equilibrante de la energía Yang, desintoxicante del hígado, depurador sanguíneo de elementos residuales, generador de energía orgánica. Actúa como un potente analgésico anti inflamatorio, alivia los síntomas de dolores menstruales, víscero-abdominales, cansancio por las molestias de la gripa u otras enfermedades respiratorias.

Los componentes herbales que lo integran son: *Zingiber officinale*¹⁰ *Angélica*, *Perilla frutescens crispa*, cebolla blanca, semillas de cilantro y azúcar moscabado (azúcar moreno o sin procesar) como edulcorante.

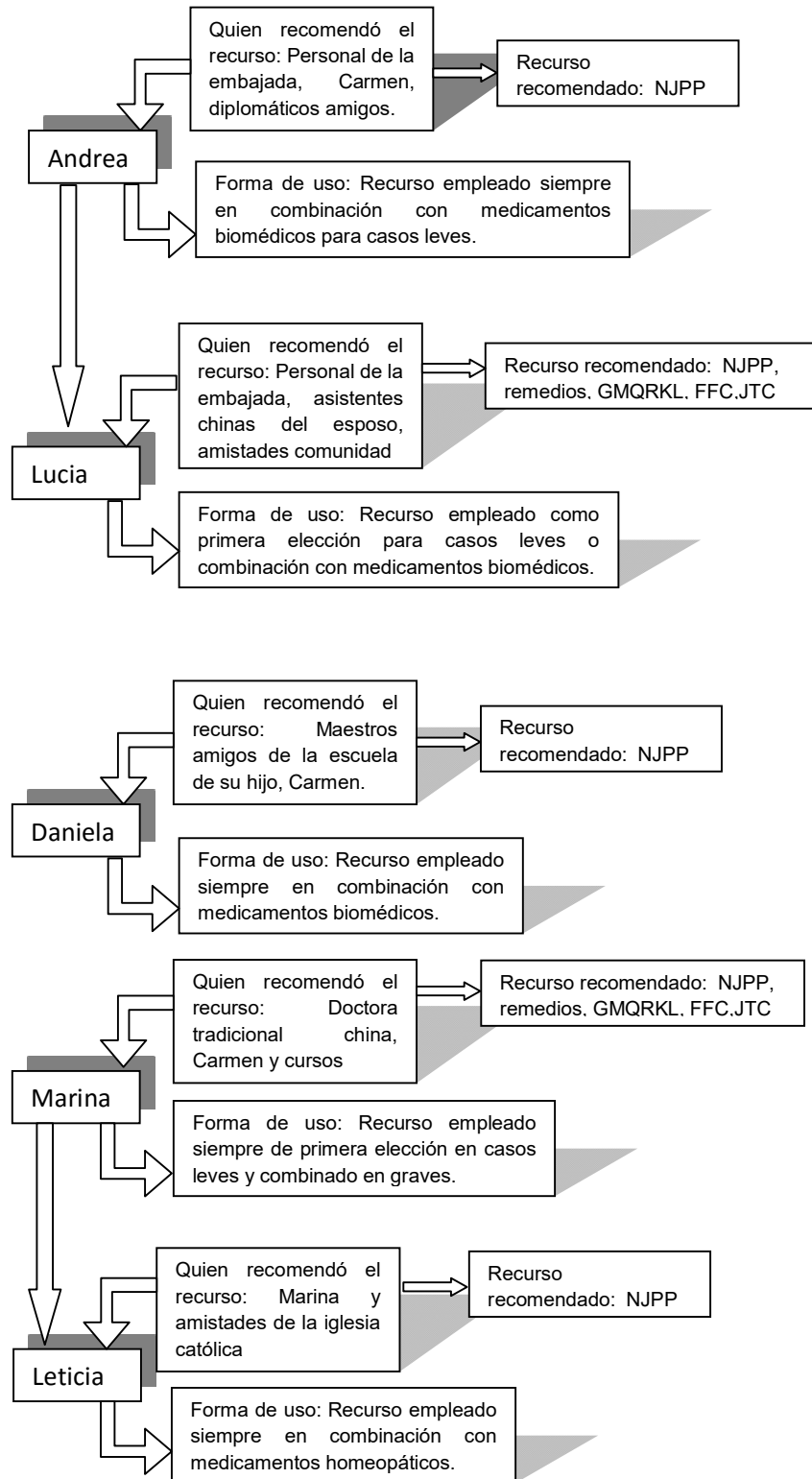
La forma de presentación es un envase de caja de cartón con 12 sobres conteniendo diminutos gránulos de color café y un olor agradablemente dulce.

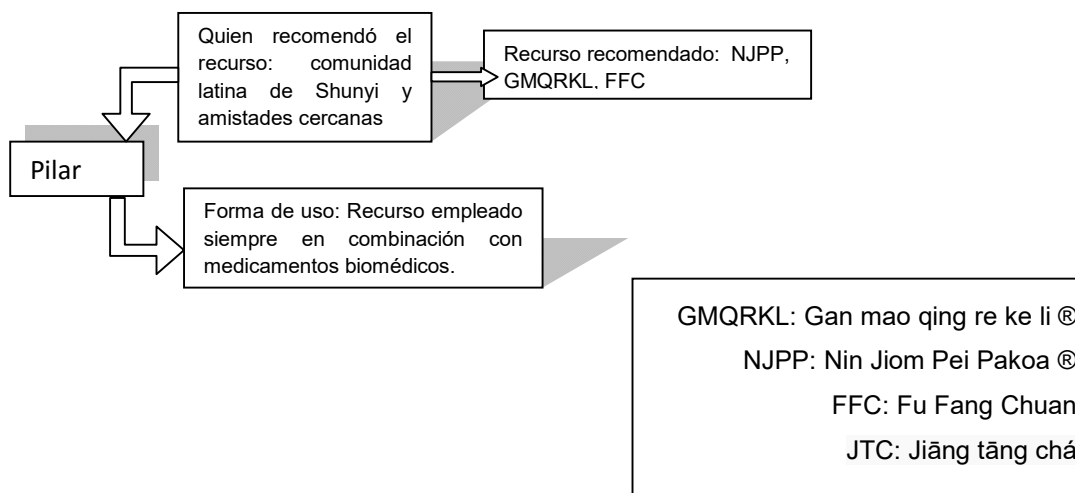
La indicación de uso es disolver en una taza de agua caliente de 200 ml una bolsita o sobre, revolver hasta su disolución y beber de forma inmediata, después de los alimentos, dos a tres veces al día durante una semana o hasta que el enfermo recupere su salud.

Las madres de familia no refirieron contraindicaciones o efectos adversos. El producto está empacado con instrucciones en mandarín y en inglés, lo que permite su fácil comprensión de uso. El sabor agradable del azúcar y lo astringente del jengibre puede resultar tolerable para los niños mayores.

¹⁰ El *Zingiber officinale* o también conocido como Jengibre, engible, injible. y en nahuatl de Puebla castilanchile, es una planta de origen asiático con múltiples simbolismos culturales dada su importancia en la gastronomía y en la medicina. Su uso como especia y condimento o como producto botánico terapéutico le permite una gran variedad de beneficios a quien lo consume. Se ha comprobado experimentalmente el uso de su aceite esencial tanto para la acción antibiótica, como antiinflamatoria y la antiespasmódica que validan ciertas aplicaciones tradicionales tanto en China como en la medicina tradicional mexicana.

Esquema de integración de los medicamentos herbolarios tradicionales chinos en el mecanismo de atención





Fuente: Trabajo de campo 2011-2013.

Lo anterior también ejemplifica cómo algunas madres de familia de igual forma fueron referentes para el uso de las medicinas herbolarias tradicionales, tal es el caso de Andrea quien recomendó el recurso a Lucía por ser conocidas de la embajada, y Marina a Leticia, por ser conocidas de la misma empresa donde laboran sus esposos y por pertenecer activamente a la comunidad latina.

En el caso único de Marina, ella despertó gran interés por la medicina tradicional china por lo siguiente: Se encontraba a punto de partir de México a China y comenzó a sufrir de una otalgia (dolor de oídos) que le impedía realizar sus funciones cotidianas. Acudió con varios médicos especialistas, quienes le llegaron a recetar inclusive cortico esteroides para controlar el dolor, sin tener mejoría alguna.

Cuando llegaron ella y su familia a Beijing, acudió a la embajada para registrar a su familia y comenzó a hacer contacto con el personal, quien entabló una buena relación de confianza. Un diplomático le presentó entonces a la

Doctora Liu, médica tradicional china con experiencia internacional ya que había trabajado en el norte de Europa hacia algunos años y había tenido la oportunidad de viajar a México por turismo, resultando entonces su simpatía hacia

los pacientes extranjeros. Marina hizo amistad inmediatamente con la doctora, confiando entonces su salud. Mediante sesiones intensas de acupuntura, la doctora Liu logró resolver el problema de oído de Marina y desde entonces, ella la nombró su médica de cabecera. Frente a las enfermedades de sus hijas, Marina acudía con la doctora y ante el encuentro clínico de la consulta, aprendía de los medicamentos herbales, las técnicas básicas de digito presión y algunas técnicas tradicionales.

Cuando tuvo la suficiente seguridad en cuanto al conocimiento de la ciudad, manejo del idioma y estabilidad en el hogar, Marina seriamente se planteó la posibilidad de hacer un proyecto personal y estudiar todos los cursos posibles sobre medicina tradicional. La doctora Liu le dio importantes referencias sobre centros estudiantiles que ofertaban talleres y seminarios cortos para aprender lo elemental de la medicina tradicional, algunos en idioma inglés, pero la mayoría en mandarín.

A partir de la experiencia propia frente a la enfermedad que ella vivió, el cuidado de sus hijas con la doctora china y su asistencia a los cursos, Marina desarrolló gran pasión por la medicina tradicional china, convirtiéndola en la primera terapéutica a emplear durante los episodios de enfermedad en el hogar.

Para el resto de las madres de familia, en algunos de los casos se empleó el recurso tradicional chino como primera opción frente a padecimientos leves, siempre y cuando no existiera fiebre y/o ataque al estado general del malestar.

En caso de reconocer síntomas moderados como inapetencia, febrícula o ligero malestar del enfermo, los recursos tradicionales fueron usados en combinación con los fármacos biomédicos.

5.3. Obtención de los recursos no biomédicos: remedios y sustancias para el cuidado de la salud

Los recursos materiales no biomédicos se comprenden aquellos que emplean sustancias alimentarias como frutas, infusiones o condimentos de uso doméstico además del terapéutico, además de integrar técnicas dirigidas a la manipulación

externa del cuerpo, siendo estos recursos elementos que permanecen fuera del reconocimiento biomédico y de adquisición en lugares domésticos como cocinas, jardines, supermercados, etc.

En este sentido, todas las madres de familia adquirieron primeramente el conocimiento de los "remedios" caseros gracias a las enseñanzas de mujeres de su familia, principalmente las madres, abuelas y tías durante la aparición de enfermedades en sus hermanos pequeños durante su juventud o con la experiencia de los primeros hijos que tuvieron. Secundariamente fueron aprendiendo de sus suegras, cuñadas, amistades y otros profesionales de la salud como enfermeras conforme se presentaban los episodios de enfermedad.

Una de las características que le atribuyen al remedio casero es la inocuidad que tiene sobre el enfermo y la eficacia curativa que esto tiene frente al padecimiento. Resultan ser métodos o técnicas sencillas que no requieren gran inversión de tiempo, dinero o elementos, ya que la mayoría de ellos se consiguen de manera casi inmediata.

A modo de resumen, se enlistan los principales remedios aprendidos en México y empleados por las madres de familia acorde a los padecimientos presentados en el hogar:

Remedios Caseros Mexicanos y su uso en los Padecimientos

Tipo de Remedio o técnica	Forma de uso	Padecimiento a curar
Tronar las anginas	Sobando la muñeca izquierda o derecha y después apretar el brazo de manera ascendente, hasta hacer desaparecer los "bultitos" encontrados debajo de la piel del enfermo.	Dolor de garganta Gripe Fiebre por Gripe
Enjuague bucal con bicarbonato y limón	En un vaso colocar los ingredientes, mezclar y hacer buches o gárgaras durante unos minutos sin deglutir	Dolor de Garganta Gripe
Limón disuelto en miel	En un recipiente mezclar jugo de un limón con una cucharada de miel, retener unos instantes en el paladar y después deglutir	Dolor de Garganta Gripe
Aplicación de Vics® VapoRub®	De forma tópica, aplicar frotando en: pecho, espalda, cuello. Otra forma de uso: aplicarlo en las plantas de los pies con calcetines calientes y mojados	Dolor de garganta Gripe

		Fiebre por Gripe
Aplicación de Jitomate (<i>Solanum lycopersicum</i>)	Asar los tomates rojos hasta hacerlos negros, rebanarlos y aplicar en cuello.	Fiebre por Gripe Dolor de garganta
Té de manzanilla (<i>camomilla común</i>)	Utilizar manzanilla fresca o de sobre en una taza de agua caliente y beber.	Dolor abdominal Malestar General
Té de limón con yerbabuena y miel	Utilizar yerbabuena fresca o de sobre en una taza de agua caliente, mezclar con un limón y media cucharada de miel	Dolor abdominal Dolor de Garganta
Hojas de aguacate fresco (<i>Persea americana</i>)	Utilizar ramos de hojas frescas, sumergir en agua y frotar el cuerpo del enfermo	Fiebre
Vaporizaciones con Vics®VapoRub® o Mentol	Dos a tres cucharadas de la pomada aplicar a una olla con agua hirviendo a que suelte vapor. Pedir al enfermo que respire cerca del agua.	Gripe
Aplicación de sábila en pulpa	Cortar una hoja de sábila (Aloe Vera) lavarla, extraer la pulpa y aplicar sobre la zona afectada	Heridas corporales no infectadas Golpes
Hojas de Tamarindo fresco (<i>Tamarindus indica</i>)	Utilizar ramos de hojas frescas, sumergir en agua y frotar el cuerpo del enfermo	Fiebre
Vaso de leche con limón	Verter en un vaso de leche tibia las gotas de medio limón	Dolor de Garganta
Masaje de espalda	Aplicar aceite de bebé sobre la espalda del enfermo en forma de círculos, partiendo del centro de la columna	Fiebre Dolor General
Masaje de vientre	Aplicar aceite de bebé sobre el abdomen del enfermo, dar masaje circular del ombligo hacia afuera en sentido espiral	Dolor Abdominal Estreñimiento
Trapos húmedos calientes	Aplicación de lienzos limpios, humedecidos con agua o aceite, calientes sin llegar a quemar. Pueden ir acompañados de infusión de manzanilla, sábila, romero o cebolla. Se retiran al enfriarse	Dolor estomacal Golpes Dolor por Gripa
Trapos Húmedos fríos	Aplicación de lienzos limpios, humedecidos con agua y hielos sin llegar a molestar. Pueden ir acompañados de infusión de manzanilla o cebolla. Zonas: Cabeza, abdomen, axilas e ingles.	Fiebre

Fuente: Trabajo de campo 2011-2013.

De los remedios caseros arriba enunciados, cabe señalar que Lucía fue la madre de familia quien refirió la mayor diversidad de usos de las plantas de jardín, por haber vivido gran parte del tiempo en un ambiente rural en el estado de Yucatán y posteriormente en Oaxaca. Para ella resultaba de prioridad el uso concomitante de estos recursos al momento de iniciar el tratamiento farmacológico en la enfermedad de sus hijos para acelerar el proceso de curación. La experiencia adquirida en casa de su suegra le permitió continuar con el manejo de estos recursos a medida que sus hijos creían y enfermaban.

De todas las madres de familia, Andrea y Daniela fueron quienes aunque aceptaban conocer los remedios caseros, no los aplicaban de forma prioritaria durante el padecimiento de sus hijos, por razones de conflicto con los niños ante el rechazo de la aplicación del remedio. Ante el estado frágil y vulnerable del enfermo, preferían no generar mayor fricción durante el trato con los niños y daban mayor énfasis a los fármacos empleados.

Marina refirió haber adquirido el conocimiento de su familia de origen, ya que al haber estado al cuidado de sus hermanos menores, le permitió aprender rápidamente de los remedios que su madre le indicaba. Los recursos se encontraban disponibles en el botiquín de casa o en la cocina, lo que le parecía de fácil acceso y como medio inmediato de atención. Cuando Marina tuvo a sus propias hijas, ella comentó haber empleado los remedios caseros ante los primeros síntomas o molestias de la enferma a tratar, agregando después la medicación con fármacos empleados por ella misma o por prescripción del médico.

Leticia y Pilar de igual forma manifestaron el uso de infusiones y masajes como métodos de atención a los hijos enfermos bajo la premisa de "darles un apapacho extra", es decir, el remedio representaba por sí mismo un apoyo emocional para el niño por parte de ellas, refiriéndose al contacto con el cuerpo del paciente para otorgarle el masaje.

La percepción materna respecto a la inocuidad del recurso, así como el apoyo afectivo y la no complicación de combinarlo con los otros recursos médicos,

permitían a las madres de familia dar los remedios caseros desde el inicio de los síntomas de enfermedad hasta el mejoramiento del hijo enfermo.

Durante el traslado a Beijing, las madres de familia no viajaron con estos recursos, ya que en su mayoría se trataba de recursos frescos o naturales y podían ser prohibidos o sancionados por el área de Aduana en los aeropuertos internacionales.

Una vez establecidas en sus nuevos hogares, fueron adquirieron conocimiento sobre los nuevos remedios caseros empleados por la cultura china a través de diferentes personas que sirvieron como fuentes de apoyo durante los episodios de enfermedad. Curiosamente, a pesar de entrar en contacto cotidiano con mujeres de otras nacionalidades, las madres de familia no refieren haber aprendido sobre remedios caseros de otras culturas.

Para madres como Daniela, Pilar y Leticia, fueron las Ayis o empleadas domésticas quienes hicieron la referencia en el momento en que veían que el niño enfermaba, siempre y cuando pudieran transmitir sus conocimientos mediante el inglés que las Ayis empleaban, o por medio de intérpretes conocidos como amistades presentes en la casa de las madres o los propios hijos de ellas, así como Carmen la trabajadora del Beijing Unido.

En el caso Andrea principalmente fueron las asistentes de la embajada quienes le hicieron las recomendaciones y su amiga diplomática que vivió en China con sus hijos mucho antes de su llegada.

Marina recibió las recomendaciones por parte de los cursos que estudiaba y de las prescripciones que la Doctora Liu le hacía durante las consultas médicas o al momento de convivir de forma social en reuniones y encuentros.

Por último, Lucía aprendió los nuevos remedios mediante la interacción con otras esposas de los militares asignados a las embajadas. Generalmente el intercambio de información ocurría en las reuniones sociales oficiales durante los eventos de embajadas o durante las visitas a los hogares familiares por motivo de convivencia.

Al igual que los remedios usados durante su estancia en México, un componente similar se encontró en la lógica de los remedios nuevos aprendidos: el origen "natural" del remedio casero y la inocuidad de su uso.

-La medicina herbolaria es menos dañina que la normal porque se obtiene de las plantas sin tantos químicos.- Marina (Entrevista, 2012).

Los ingredientes o elementos podían conseguirse en el supermercado o tienda de comestibles, de igual forma en los mercados ambulantes de la ciudad. El bajo costo y la fácil asequibilidad fueron factores que permitieron su uso cotidiano.

En algunos casos, las madres refirieron haber encontrado ciertas similitudes en cuanto al uso de los ingredientes de los remedios mexicanos respecto a los chinos. Por citar un ejemplo, el uso de una infusión floral para padecimientos estomacales.

Esta semejanza les permitió incorporar de manera inmediata los nuevos remedios durante los mecanismos de atención en las enfermedades presentadas por sus hijos. La forma de uso no varió entre las madres de familia, es decir, ante los síntomas leves se emplearon de manera inmediata, como monoterapia o acompañando a los fármacos biomédicos, y para detallar el nuevo panorama terapéutico en el que se alojaron con su estancia en Beijing, usaban los nuevos remedios aprendidos en conjunto con los medicamentos herbolarios tradicionales.

A continuación se presenta una tabla donde se enlistan los principales remedios caseros aprendidos en Beijing:

Remedios Caseros Chinos y su uso en los Padecimientos

Tipo de Remedio o técnica	Forma de uso	Padecimiento a curar
Arroz blanco al vapor	Hervir arroz con agua y una pizca de sal, a modo de conservar la mayor humedad, consumir como única dieta hasta mejoría de los síntomas	Dolor abdominal Diarrea
Bulbo de Loto (<i>Nelumbo nucifera</i>)	Cocer en agua con sal los bulbos de loto fresco sin las semillas consumir con alimentos	Dolor abdominal Diarrea
	Agregar un vaso de salsa de soja de	

Salsa de Soja (<i>Glycine max</i>)	cualquier marca a una ollita de agua hirviendo. Respirar el vapor emitido o colocar la olla al centro de la habitación	Gripe
Té de Fruto de Pera Nashi (<i>Pyrus pyrifolia</i>)	Pelar la fruta y hervir en agua potable. Dejar reposar unas horas hasta que el agua pinte color café. Beber lo más caliente posible una taza varias veces al día	Gripe Fiebre
Infusión de Crisantemo (<i>Chrysanthemum</i>)	Agregar los pétalos de la flor en agua caliente (no hirviendo) dejando reposar por unos minutos. Beber caliente varias veces al día	Gripe Dolor abdominal
Té de Goji o "wolfberry" (<i>Lycium barbarum</i>)	Hervir en agua potable dos cucharadas del fruto seco, dejar calentando hasta que cambie de color el agua. Beber caliente varias veces al día	Desintoxicante, tónico para cansancio o malestar general
Sopa de col rapa (<i>Brassica pekinensis</i>)	Hervir en agua trozos de col, sal y condimento al gusto. Tomarlo como sopa o añadirlo a los alimentos	Gripe Fiebre
Daikon blanco (<i>Raphanus sativus</i>)	Trozar el rábano y comer crudo antes de los alimentos, o bien, cocerlo brevemente al vapor e ingerir como ensalada	Gripe Fiebre
Punzamiento de orejas	Tomar una aguja fina de acupuntura o cualquier alfiler previamente desinfectado. Presionar cada lóbulo de la oreja con la yema de los dedos y al momento de aparecer el enrojecimiento local, pinchar la piel hasta hacerla sangrar algunas gotas.	Congestión de Garganta Gripe en primeras etapas
Digitopresión O Digitopuntura	Presión firme con la yema de los dedos índice, o bien con la goma de un lápiz de carbón por espacio de treinta segundos hasta dos minutos. Se localiza el punto determinado en el cuerpo que va relacionado con los canales meridianos de la acupuntura. Ejemplo: Para amigdalitis, presionar detrás del hueco de las rodillas, o bien, junto a la uña del dedo pulgar.	Dolores diversos: abdominal, de cabeza, articulares o musculares, de garganta. Fiebre Gripa Alergias

Fuente: Trabajo de campo 2011-2013.

Del listado de remedios arriba descritos, se tiene a Marina como la madre de familia con el mayor conocimiento y uso de ellos, empleándolos concomitantemente con los medicamentos herbolarios tradicionales chinos y también durante el uso de fármacos biomédicos para enfermedades

diagnosticadas y tratadas por el médico de consulta. En el hogar, el remedio de mayor uso resultó ser la digitopuntura.

Marina y Leticia fueron las dos madres de familia en realizar el Punzamiento de lóbulo de orejas en sus hijos. Leticia permitió el procedimiento una única ocasión, cuando su hijo mayor estaba con fiebre elevada, dolor de garganta e imposibilidad de ingerir medicamentos o alimentos. Contactó a Marina para pedir alguna recomendación antes que llevarlo al médico y ella fue quien realizó el procedimiento. Ante la reacción de dolor del hijo mayor con el Punzamiento, Leticia decidió nunca más repetir este recurso en sus hijos por considerarlo "barbárico e innecesario habiendo tantos otros medicamentos disponibles".

Sin embargo, Marina ha sido la única en emplearlo en varias ocasiones con todos los miembros de la familia, asegurando la resolución de los síntomas en cuestión de minutos. "Libera el *qi* acumulado en la zona del cuerpo como la garganta, y así ya la enfermedad no da tan fuerte" era su argumento.

El resto de las madres de familia habían escuchado acerca de este remedio, pero no estaban decididas a llevarlo a cabo por tratarse de un recurso invasivo y doloroso. Lo comparaban con una agresión mucho mayor que el uso de medicamentos inyectados vía intramuscular, debido a que en estos últimos, "no sacaban tanta sangre del cuerpo de los niños enfermos".

En el caso de las infusiones, ninguna madre de familia mostró disgusto alguno al momento de emplearlos durante los padecimientos. Los preparados eran endulzados con miel de abeja como una forma de adaptación mexicana del recurso local, pues los chinos siempre recomendaban no agregarle a la infusión ningún tipo de endulzante, pero para el caso de los niños, era preferible mejorar el sabor para incrementar su aceptación y tolerancia.

De todas las infusiones conocidas por las familias, la de mayor empleo y popularidad fue la elaborada con la fruta de la pera china o Nashi. El dulce sabor y el bienestar que producía al tomarlo se convirtió en el remedio más aceptado por los niños y el más recomendado entre las madres de familia para prevenir y tratar los casos de gripe. Al ser fruto de temporada invernal coincidía con las bajas temperaturas y nevadas que llegaban a azotar Beijing, además que era fácilmente

ofrecido por restaurantes, puestos callejeros ambulantes, mercados o en otros hogares de personas conocidas.

La inclusión de los alimentos col china, loto, daikon blanco, arroz al vapor y la soja no eran de la total preferencia materna cuando ellas mismas preparaban los alimentos de casa, aunque aceptaron haberlos preparado en una o dos ocasiones para mejorar el estado de salud del niño con el padecimiento, aunque debido al sabor que resultaba de las preparaciones o guisos, no era de la total aceptación del enfermo.

Sin embargo, en algunos casos como Andrea, Daniela o Leticia, cuando se encontraban fuera del hogar y las Ayis tenían que cuidar a los niños dándoles de comer, eran éstas mujeres quienes compraban los ingredientes con dinero de sus patronas, preparaban los guisos según la enfermedad y se los ofrecían a los niños como la dieta del día.

Enrique, hijo de Daniela, fue quien mostró mayor entusiasmo y el gusto por estos alimentos locales, puesto que él permanecía la mayor parte de su tiempo con la Ayi a comparación del resto de los niños y de esta forma, la convivencia con ella y su vínculo afectivo le permitía integrarse con mucha facilidad a los hábitos de la comida china cotidiana.

Así como sucedió con los medicamentos herbolarios tradicionales, el sabor del remedio casero resultaba un factor decisivo para la aceptación y continuación de su uso.

En todos los casos ponderó el bienestar subjetivo del niño enfermo sobre todos los remedios, siendo imperante la comodidad referida por el niño u observada por la madre. La percepción de comodidad del hijo con padecimiento, formó parte del manejo o cuidado que la madre daba en casa, en algunas ocasiones relegando el remedio casero a segundo plano o a la elección del niño:

-Si mi niña se siente bien, se mejora rápido. Pero si intento darle la medicina o el caldo que no le gusta (haciendo referencia a los remedios caseros o a la medicina herbolaria tradicional) entonces me hace berrinche, llora, se le sube la fiebre o le empeora el dolor o la gripa y entonces tarda más en curarse y yo me siento responsable.- Pilar (Entrevista, 2012.)

Otro argumento dado por una madre también señala:

-Yo sé que los remedios si sirven, el rábano blanco tiene vitamina C, la col la usan mucho los chinos para todo, en las sopas, en los guisados, hasta de colgijes de adorno como de jade y oro, lo traen todo el tiempo porque saben que es buena, y más cuando se enferman, pero si le insisto mucho a mi hijo entonces ya no lo quiere, me lo escupe y a la fuerza pues no le entra nada. Es de humor, cuando está de humor si lo quiere y entonces se los doy, cuando no pues no. Pero eso sí, las otras medicinas ni modo, aunque no quiera se las tengo que dar.- Marina (Entrevista, 2012).

Para las madres de familia, existía un reconocimiento sobre la utilidad de los remedios caseros, permanecían abiertas a recibir información sobre los nuevos alimentos, infusiones etc. Ninguna rechazó abiertamente la posibilidad de emplearlos en sus hijos o en cualquier otro integrante de la familia.

Durante las atenciones de los padecimientos, no hubo predominancia sobre uno u otro remedio, podían combinarlos fácilmente, usándolos al mismo tiempo o alternando su uso, todo siguiendo la misma lógica: al tratarse de un recurso natural, de fácil adquisición, inocuo, que no agrava la enfermedad y mejora por mucho la sintomatología del enfermo, podía usarse siempre y cuando el niño tolerara el sabor o la manipulación del remedio. Bajo la percepción sensorial de agrado, también se incorporaron aquellos medicamentos herbolarios tradicionales chinos.

En contraste, ante la seguridad de la eficacia y el conocimiento previo a su viaje a China respecto a los fármacos biomédicos de mayor uso en el hogar, las madres no solían considerar la disposición o aceptación del niño enfermo para su administración, volviéndolo de uso obligatorio en todos los padecimientos que consideraran importantes.

5.4. Descripción de los recursos sociales utilizados por las madres de familia para la resolución de los problemas de salud

Los recursos sociales que las seis madres de familia mexicanas fueron conformando como estrategia de solución a los problemas de salud dentro del mecanismo de atención durante su vida en Beijing, estuvieron representados por

aquellas amistades, familias, profesionales o miembros de la comunidad de extranjeros, pertenecientes a círculos sociales específicos de determinados espacios y actividades.

Cada mujer entabló una serie de relaciones que vinculaban a una o más personas durante los episodios de enfermedad de sus hijos, conformando con esto un apoyo social que podía frecuentar, modificar o consolidar según el padecimiento generado.

Se describirá a continuación los dos espacios primordiales donde las mujeres comenzaron a construir estos recursos durante su arribo a China:

Embajada mexicana

Como se describió en su respectivo capítulo, la embajada de México en China representó un punto de encuentro de la comunidad mexicana en este país asiático, así como un punto de partida para aquellas familias que se acercaran a registrarse en el censo local del consulado y desearan formar parte de las actividades que en este lugar solían programarse.

Institucionalmente hablando, la embajada mexicana en Beijing carecía de la infraestructura necesaria para brindar servicios médicos a sus nacionales, desventaja que podía ser fácilmente comparada con otras instituciones, por mencionar tan sólo un ejemplo, la embajada de Cuba quien mediante sus estrechas relaciones diplomáticas y de cooperación con China, tenía a varios médicos y profesionales de la salud trabajando en instituciones públicas y en un área específica para otorgar atención médica a los expatriados cubanos.

Lo anterior sirve como un ejemplo, dado que la comunidad mexicana solía comentar esta diferencia de manera comparativa durante las reuniones sociales. Para el caso de la embajada, a pesar de carecer de estos servicios, algunos de los funcionarios diplomáticos de mayor rango podían realizar acompañamientos de tipo consular, asesoría o de interpretación para aquellos connacionales internados en hospitales o que requirieran servicios médicos de urgencia.

En el aspecto informal, es decir, lo que no era parte de sus funciones dentro de la embajada, los diplomáticos al estar en contacto continuo con otros colegas

pares o miembros del resto de los consulados, embajadas o asociaciones internacionales, les permitía tener una amplia lista de gente conocida y contactos que, en el rubro de la salud, podían servir como referente para consultas solicitadas por las familias mexicanas.

La Dra. Liu, médico con formación en biomedicina y medicina tradicional china, es claro ejemplo de lo arriba mencionado. Gracias a la socialización de algunos miembros diplomáticos con la comunidad china, la Dra. Liu formó parte importante de los referentes en salud, como en el caso de Marina, Daniela y Leticia, quienes acudieron a ella para solicitar atención médica tanto para sus padecimientos como en aquellos presentados en sus hijos. La Dra. Liu podía manejar en consulta ambas medicinas a solicitud del paciente o responsable y bajo su propio criterio médico, siempre en un idioma inglés comprensible y de trato amable.

Andrea, Lucía y Daniela fomentaron sus relaciones a través de este espacio. Aunque no se consideraron amigas íntimas, el contacto que mantenían entre ellas durante las ceremonias oficiales, los eventos programados de la sección cultural, las visitas de personajes importantes y su participación como esposas de funcionarios diplomáticos en la organización de festejos o actividades varias, permitió que mantuvieran una relación cordial, amena y participativa en el aspecto de la salud, siendo Daniela quien diera mayor información, aconsejara y apoyo a las otras dos mujeres respecto a la forma de organización de las instituciones de salud en la ciudad, y Lucía, quien diera mayor información sobre los recursos materiales de salud locales que había aprendido de las otras esposas de los militares.

La embajada a través de celebraciones importantes como el festejo de la independencia creaba los espacios necesarios para la socialización de la comunidad mexicana, permitiendo que la gente se conociera entre ella y se difundieran contactos y amistades. Derivado de esto, madres como Andrea y Daniela, ambas mujeres pertenecientes al gremio diplomático, pudieron conocer a dos médicos mexicanos que fueron a la Universidad de Beijing para estudiar

medicina tradicional por varios años. Con el paso del tiempo, estos jóvenes se ganaron la confianza de varias familias mexicanas y latinoamericanas, otorgando consulta médica dentro de sus habitaciones universitarias o acudiendo a domicilio del enfermo.

La misma nacionalidad, el idioma, la calidez del trato y el conocimiento de la medicina con uso de los recursos farmacológicos locales permitieron que ambas madres de familia pudieran acudir a estos dos médicos en algunas ocasiones para la atención de sus hijos: En el caso de Daniela, en dos situaciones donde su hijo Enrique tuvo lesiones en el rostro a causa de una caída, y en el caso de Andrea, por malestar estomacal de su hijo Juan. Los médicos realizaron la atención por cordialidad y solidaridad como miembros de la comunidad, sin realizar ningún tipo de cobro.

En el caso de Pilar, la embajada no representaba un punto de cercanía con la comunidad mexicana ni tampoco una fuente de apoyo para los asuntos de salud familiar, debido a la distancia geográfica de su ubicación respecto a su hogar en Shunyi y la imposibilidad de movilizarse hacia el distrito de Chaoyang.

Comunidad católica

El segundo espacio, la iglesia a través de la comunidad católica, permitía que dos mujeres, Marina y Leticia interactuaran con otras madres de familia mexicanas o latinoamericanas y recibieran información sobre los recursos materiales de salud y acompañamiento espiritual durante los momentos más difíciles durante su estancia en Beijing. Con esto es importante mencionar que este recurso social con enfoque religioso podía brindar una forma de apoyo emocional, considerado esto desde la propia percepción de estas mujeres, como una fuente de bienestar equiparable con la salud mental.

El resto de las madres de familia no consideraron este espacio como un recurso social para la resolución de los problemas de salud.

Apoyos sociales diversos

Entre la variedad de personas que se vincularon con las mujeres de la investigación, surgieron ciertos personajes con un perfil determinado que les permitió servir como fuente de apoyo o recurso social ante los padecimientos infantiles. A continuación se nombrarán los tres casos de madres de familia que resultaron particulares:

Daniela siendo una mujer diplomática y de carácter inteligente, contaba con amplios recursos sociales para la atención de cualquier padecimiento, ya sea mediante la consulta con los médicos mexicanos estudiantes de medicina tradicional, el apoyo de Carmen quien trabajaba en el hospital Beijing Unido, y la Dra. Liu. Su movilidad en el medio social, su carisma y su interés por manejar información le permitían a su vez orientar a otros miembros de la comunidad y resolver problemas de salud propios y ajenos. Pero resultó peculiar conocer que Daniela le otorgaba una importancia mayor a una maestra de la escuela de su hijo.

Esta maestra, una mujer de origen canadiense y licenciada en educación física, era fanática de la acupuntura china, vivía en Beijing hacia un par de años y trabajaba como profesora de deportes en la misma escuela de Enrique y donde el esposo de Daniela trabajaba en servicios escolares como asistente de la dirección. A través del trato de esta maestra con el papá de Enrique fue que entabló amistad con Daniela, acudiendo de visita a su casa varias veces al mes.

A través de esta relación, Daniela pudo pedirle a la maestra en cada viaje que ella hacía a su tierra natal que comprara medicinas para toda la familia, especialmente los Multivitamínicos para Enrique. La razón por la que Daniela pedía estos favores a su amiga se basaba principalmente en la absoluta confianza que tenía en la maestra y en toda la farmacéutica americana-canadiense, ya que sus años vividos en Estados Unidos le sirvieron como experiencia.

Para esta situación particular, aunque no se trate de una entidad patológica como tal, para Daniela tomaba una gran importancia la cuestión de los Multivitamínicos. Enrique no estaba cumpliendo con la expectativa de la talla para la edad, aunque los médicos en numerosas ocasiones le comentaron a Daniela que no se trataba de un retraso en el crecimiento de su hijo. A pesar de las

observaciones médicas, Daniela tuvo como prioridad incrementar la estatura de su hijo y para ello, los multi vitamínicos resultaban un recurso importantísimo como pilar del tratamiento en casa. De hecho, durante las entrevistas y el trabajo en campo, para esta madre de familia ningún padecimiento a su juicio era tan importante como lo era la baja estatura de su hijo, llegando a ser motivo de verdadera preocupación por tratarse de un problema de salud percibido por la madre.

El segundo caso para comentar es el de Lucía. A pesar de pertenecer de igual forma que Daniela a la sociedad diplomática, su fuente principal de apoyo social lo encontró en dos personajes: una chef mexicana de la embajada a punto de partir y una enfermera retirada de su profesión, esposa de un general militar latinoamericano.

Cuando Lucía llegó a Beijing, el departamento donde se instaló su familia había sido habitado por los miembros de la familia del militar que habían permanecido previamente dos años en Beijing y que su tiempo de regreso a México había llegado. Entre los militares era común que el inmueble y sus cosas pasaran de mano en mano, en señal de solidaridad y amistad. Así que Lucía al recibir su casa amueblada y lista, también recibió una enorme dotación de medicamentos: La hija mayor del militar que se regresaba a México, era chef de profesión que había logrado sentirse cómoda en China y preocupada por el asunto de la salud, fue conformando un botiquín con más de cincuenta medicamentos que compraba durante sus viajes a México. Cuando la chef y Lucía se conocieron, entablaron amistad de manera inmediata y con ello, la confianza de dejarle todo el contenido de medicamentos. La chef se tomó algunos días para explicarle a Lucía como utilizarlos, aunque con el paso del tiempo, a esta madre de familia se le fueron olvidando los detalles de uso.

A los pocos meses de su llegada, Lucía comenzó a socializar con las esposas de los otros militares mexicanos y de la comunidad latina. Esta socialización le permitió aprender la forma de vida, lugares y tradiciones de la ciudad pero sobre todo, recibió un gran apoyo para la solución de los problemas de salud.

Entre las amistades de los militares, se encontraba la esposa de un general, enfermera de formación, que no ejercía de manera "oficial" su profesión sin embargo se le facilitaba dar orientación médica, toma de signos vitales y consulta básica dada su experiencia en el campo. Lucía aprendió de ella la mayoría de los remedios caseros locales, así como la administración de los fármacos del botiquín que la chef le había regalado.

La enfermera llegó en varias ocasiones a revisar a los dos hijos de Lucía, sobre todo ante los padecimientos leves que no habían mejorado con los cuidados y la medicación que Lucía daba por cuenta propia. El lazo de amistad impidió que Lucía pagara por los servicios de la enfermera, sin embargo, se encargaba de compensarla a través de lujosos regalos, comidas y atenciones.

Cuando el padecimiento de alguno de los hijos de Lucía empeoraba, pese a los remedios empleados en casa o después de haber sido revisados por la enfermera, Lucía tenía que acudir al médico. Para ello, dada la imposibilidad del manejo de cualquier idioma que no fuera español, esta madre de familia dependía totalmente de su esposo, quien resolvía el problema a través de su asistente de la embajada, quien los llevaba al médico local y hacía la función de intérprete.

Este apoyo social resultó conflictivo para Lucía. Como se ha comentado en otras secciones de este trabajo, la relación de Norberto con su empleada desencadenaba celos y enojo a Lucía, argumentando que cabía la posibilidad que fueran amantes y que la mujer china se aprovechara de su marido. Esta postura intervenía negativamente en la familia, ya que durante los padecimientos surgían dos conflictos: la búsqueda de un médico con atención de calidad que no cobrara mucho dinero por la falta de seguro médico privado que no contrataron, y por el otro lado, los celos que sentía Lucía ante la postura de la asistente y la frustración de no tener el control sobre la enfermedad del niño enfermo frente al médico.

El resultado de la atención médica otorgada al hijo enfermo de este matrimonio y su posterior curación recaía en un precio: Los conflictos matrimoniales provocados por la percepción negativa hacia la asistente china.

El tercer caso es el de Pilar. Su situación aislada del medio extranjero de Chaoyang por su residencia en Shunyi, y su propia limitación dentro de este distrito por la falta de automóvil y recursos económicos que compensaran con holgura el alto costo de vida en el lugar, llevaron a esta mujer a considerar los apoyos sociales como fuertes componentes dentro de los mecanismos de atención frente a padecimientos de sus dos hijos.

De las amistades conocidas, Pilar consideró una mujer con especial mérito: Cintia, una joven mujer mexicana quien llevaba viviendo en china más de ocho años. Casada con un ingeniero de altos recursos económicos, Cintia era una ama de casa que vivía en uno de los mejores Compound de Shunyi, contaba a su vez con recursos como choferes, sirvientas y empleados de la empresa de su esposo. Por ser una mujer extrovertida y líder de la comunidad de mujeres latinas de la zona, gustaba de organizar reuniones sociales para presentar a las mujeres recién llegadas a Shunyi, darles el tour por la zona, recomendar los lugares de compras, precauciones en torno a los alimentos, a la corrupción china y a las falsificaciones de los insumos cotidianos y como gesto de amabilidad, solía ofrecer los servicios de su chofer en caso de necesidad. Pilar percibió todo esto como una gran fuente de apoyo al sentirse cobijada por las acciones de Cintia, quien al enterarse de su situación precaria, siempre tuvo consideración especial por ella y su familia.

Durante los primeros padecimientos de los hijos de Pilar, sobre todo de su hija Ana fue quien recibió mayor ayuda por parte de Cintia. La pequeña niña resintió mucho el cambio de vida, el abandono de su escuela, familia y amistades, por lo que su ánimo decayó sobremanera presentando apatía, cefaleas, cambios en el humor, irritabilidad, llanto nocturno y malestares inespecíficos. Para la percepción de Pilar, este cuadro fue el primer enfrentamiento de un padecimiento infantil en un lugar ajeno a su casa en México.

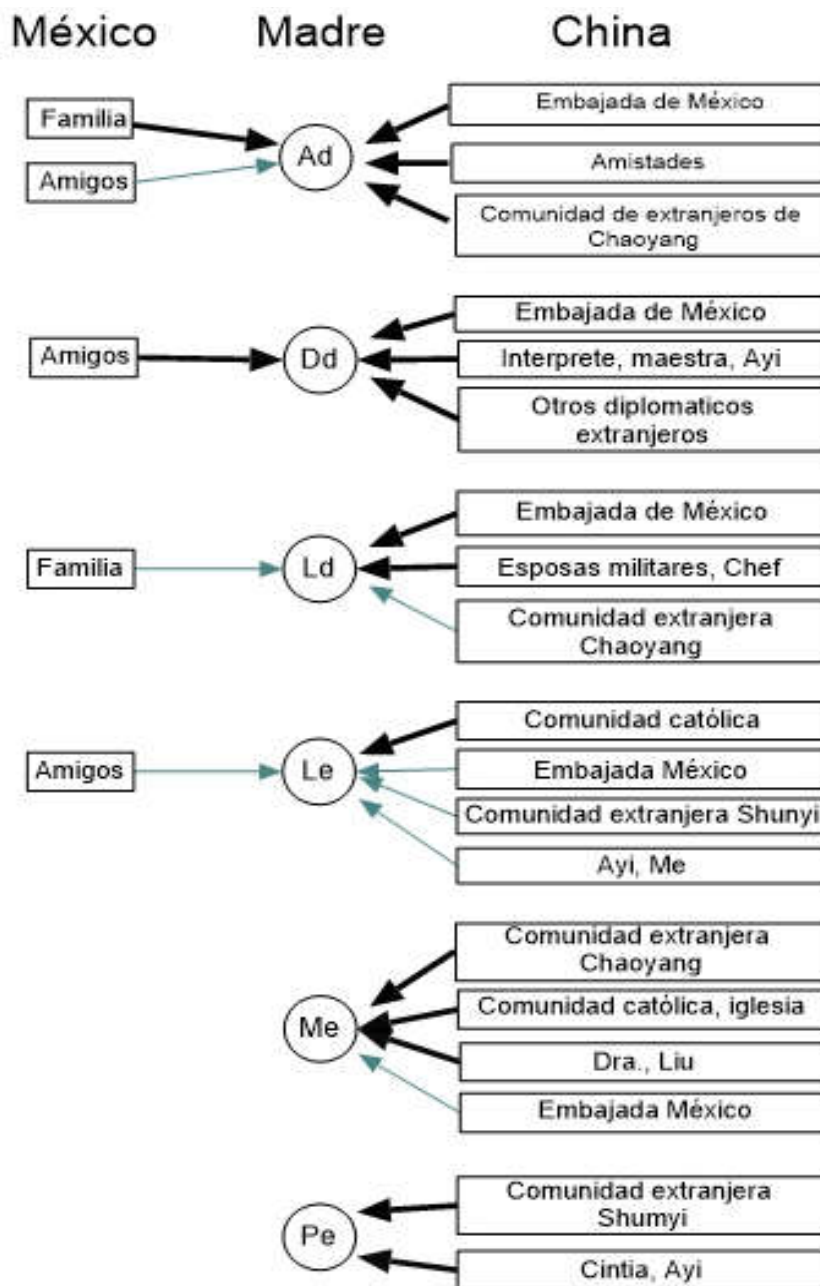
Cintia colaboró llevando a Pilar con el médico de la clínica familiar de Beijing Unido del distrito de Shunyi para descartar algún cuadro de enfermedad orgánica. También le presentó a Pilar las farmacias cercanas ayudándole a conseguir los medicamentos necesarios para surtir su botiquín; otra manera de

ayudar fue obsequiándole medicamentos de su propio botiquín, tales como analgésicos para las cefaleas de Ana.

Otra manera importante de apoyo para Pilar fue a nivel emocional, ya que ante la situación de Ana y en general de las condiciones de vida, esta madre de familia también cursó con cuadros de angustia manifestados por labilidad emocional e inconformidad constante, que Cintia resolvía mediante su compañía, conversaciones, invitaciones a comer a su casa, y su actitud siempre alegre y dispuesta a escucharla.

El siguiente esquema muestra la relación entre las participantes y sus recursos sociales procedentes de México y de China.

Relación de recursos sociales procedentes de México y China



La flecha de amplio grosor simboliza el recurso de mayor apoyo para la participante, mientras que la flecha más delgada representa el apoyo secundario o menos significativo para cada participante.

Fuente: Trabajo de campo 2011-2012.

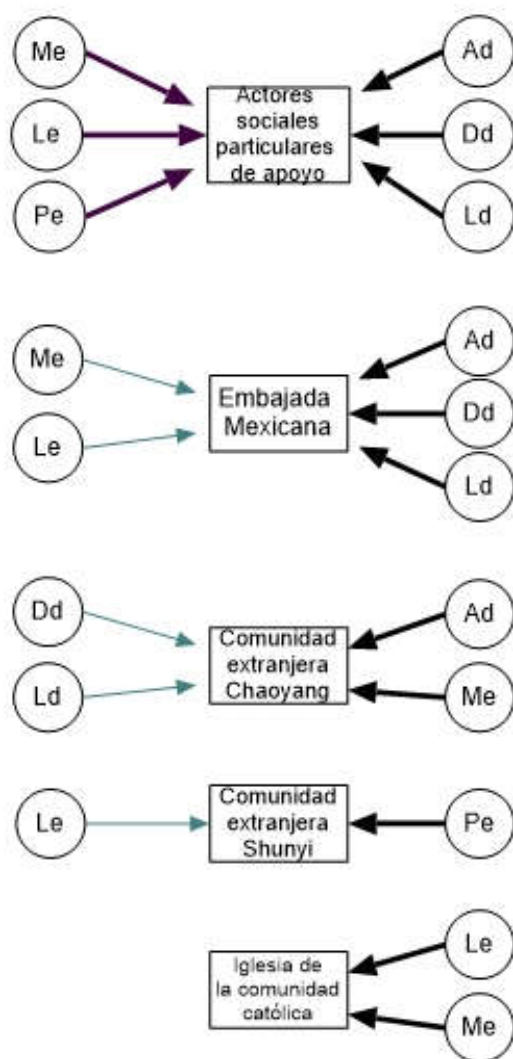
Como se observa en lo anterior, los recursos sociales con situación geográfica en México fueron principalmente amigos de las participantes y la familia de origen, quienes a través el uso de los medios de comunicación (correos electrónicos, teléfono y/o programas de cómputo para videoconferencias como Skype®) mantuvieron contacto para hacer compañía y/u orientación frente a algún padecimiento presentado por los hijos de las madres participantes. En sólo dos casos, de Andrea y Daniela, estos recursos fueron considerados como prioritarios o de mayor valor para la solución del problema presentado, mientras que para el resto de las madres participantes, estos recursos situados en México resultaron ser apoyos de forma secundaria, ocasional, con menor valor a la contribución para la solución del problema presentado, o incluso no tuvieron ningún tipo de contribución para la solución de algún padecimiento presentado, como puede observarse para el caso de Pilar y de Marina.

En cambio, los recursos sociales locales de Beijing, tenían mucha mayor diversidad e importancia contributiva para las seis participantes. Esto debido a la proximidad geográfica mantenida con estas mujeres a comparación de los apoyos situados en México y la amplitud de las personas involucradas o en contacto con estas familias. Se pudo observar cierta agrupación de dichos recursos, a través de los lugares de trabajo del jefe de familia (como las embajadas o colegas afines al gremio diplomático, las empresas transnacionales, etc.), la filiación religiosa (la comunidad católica), los diversos actores que conformaban la comunidad latina de extranjeros situada en cada uno de los dos distritos donde habitaban las participantes (la comunidad del distrito de Shunyi y la comunidad del distrito de Chaoyang).

Por último, se encontraron recursos sociales que tuvieron gran importancia para algunas madres de familia, cuyas personas (La Ayi, la Chef, la Intérprete y la Dra. Liu) característicamente tuvieron una forma particular de vinculación con cada una de las madres de familia que no fue compartido de la misma forma por el resto de las participantes.

Estos recursos sociales presentes en Beijing, agrupados por la filiación religiosa, la filiación laboral o la pertenencia al grupo comunitario de extranjeros, también tuvieron diferentes impactos en cada una de las seis participantes, quienes utilizaron en mayor o menor medida dichos recursos, dependiendo de la ubicación del recurso en cuanto a cercanía o lejanía en relación a la casa de las participantes y la sociabilidad del recurso, es decir, la forma en que la madre de familia se encuentra vinculada con el resto de las personas pertenecientes a ese grupo.

Recursos sociales locales más utilizados por las madres de familia



La flecha de amplio grosor simboliza el recurso de mayor apoyo para la participante, mientras que la flecha más delgada representa el apoyo secundario o menos significativo para cada participante.

Fuente: Trabajo de campo 2011-2012.

En una lectura de forma descendente de la figura anterior, se puede observar que el recurso social mayormente utilizado por las todas las participantes fueron los actores sociales particulares, es decir, una o más personas vinculadas de forma única e individual con cada una de las madres de familia, de acuerdo a la historia compartida, afinidades o intereses.

En cuanto al recurso ofrecido por la embajada mexicana, siendo a través de sus servicios o la conexión con otros colegas del gremio diplomático, la mitad de las mujeres: Daniela, Andrea y Lucía consideraron este apoyo social como prioritario, a comparación del resto de las madres de familia, quienes lo consideraron secundario o menos prioritario para el caso de Marina y Leticia y prácticamente no útil en el caso de Pilar.

En cuanto a las comunidades extranjeras por distrito, se observa que cuatro de las madres que habitaban en Chaoyang si se vincularon con la sociedad local de extranjeros para la resolución de al menos un problema de salud, siendo Leticia y Daniela las madres quienes consideraron como secundario o poco importante este recurso social. En cambio, para Pilar, la comunidad extranjera de Shunyi representó uno de los principales recursos sociales para hacer frente de al menos un problema de salud presentado en sus hijos.

Por último, la comunidad de la iglesia católica representó una fuente de recursos sociales para las dos madres de familia quienes participaban de manera activa en la congregación religiosa: Leticia y Marina. Para el resto de las madres, dada su práctica religiosa más pasiva y lejana de este medio, no fue considerado un recurso valioso para la resolución de problemas de salud.

Facilitadora intercultural

Durante la descripción de los recursos materiales para la resolución de problemas de salud presentados por los hijos de las madres de familia, se hizo la mención de un personaje llamado Carmen, que resultó de importancia para el trabajo de investigación en cuanto a la comprensión de la organización del hospital Beijing Unido y la forma de relación de los médicos con las madres de familia. Se

contempla a esta mujer como una facilitadora entre las diferencias culturales de los pacientes y el desempeño de los médicos. Además, ella como madre de familia solía realizar recomendaciones terapéuticas a las madres de familia con sus hijos enfermos que acudían a la institución médica.

Carmen de 40 años es originaria de Perú, estudió una licenciatura en administración en la capital de Lima y fue en este lugar donde conoció a quien fuera su esposo, un ingeniero chino que llevaba algunos años en el país y hablaba muy bien el español. Tuvieron un hijo varón y cuando cumplió dos años de edad, por motivos laborales del esposo viajaron de regreso a China para establecerse de manera definitiva. Carmen llevaba viviendo ocho años en Beijing cuando se realizaron las entrevistas para este trabajo de investigación.

La adaptación a la ciudad de Beijing le resultó difícil, puesto que desconocía el idioma, a pesar de que su marido procuraba enseñarle. La familia de él los recibieron con afecto y fueron los suegros de Carmen quienes colaboraron en la instalación de la familia en su nuevo hogar y en presentarle a Carmen la ciudad. Con el paso del tiempo, ella comenzó a ubicarse mejor, a desplazarse por cuenta propia y cuando su hijo creció lo suficiente para que fuera al colegio, decidió buscar trabajo.

Un conocido de la comunidad latina la recomendó para el hospital Beijing Unido en 2007. Necesitaban de personal hispano en servicio al cliente por la demanda del servicio en este idioma, para hacer trabajos de traducción e interpretación inglés-español.

A pesar de ser un trabajo con perfil predominantemente administrativo, las labores que hacía Carmen dentro de la institución traspasaban dicha área, conforme se fue familiarizando con la organización del sistema, cobró confianza para acercarse más a los pacientes y apoyarlos en áreas diversas: acompañamiento, consuelo, resolución de problemas financieros, mediación frente a los conflictos frente a médicos enfermeras y por último, la consejería y

recomendaciones terapéuticas en atención al enfermo desde su propia experiencia como madre de familia y como trabajadora del campo de la salud.

Entre sus diversas funciones, Carmen hizo énfasis en aquellas formas de apoyo y la resolución de conflictos con el personal médico y asesoramiento en consulta. Así lo comentó:

- Nosotros cuando visitamos a los pacientes que están internados les llevamos el folletín y aparte de eso tu sabes eso siempre va cuando el paciente o son pacientes que tienen que registrarse y tienen que llenar el formulario de registro, les acercamos el folleto y si me he dado cuenta de que los pacientes extranjeros lo leen todo, los pacientes chinos no leen nada, agarran y firman todo y luego hacen problema (...) también llevamos flores a los pacientes que nos autorizan, les explicamos cómo funcionan las habitaciones, como visitan los médicos, qué hacer si hay dudas sobre pagos, citas, etc. Pero no te creas, a veces le hacemos hasta de psicólogas, me han tocado pacientes que están tristes porque se enferman lejos de sus países, familias, y están solos en sus cuartos del hospital, entonces pues tenemos que darles sus vueltas para ver que están bien, que no les falta nada, que si tienen miedo o soledad pues no se sientan así, aunque eso no es de nuestras funciones, al menos yo lo hago porque sé lo que se siente estar lejos de tu país (...)- Carmen, (Entrevista, 2012).

- Tenemos que lidiar con los de certificación para que avancen los casos de los seguros; algunas compañías de seguro que tienen convenio acá con el hospital, tienen el listado, y la mayoría de las compañías que es lo que hacen, pues es firmar los papeles del seguro y dan recibos como de carnet y eso es nuevo, pero hay compañías que no están en la lista, entonces la oficina de pre-certificación solo se encarga de que los pacientes que se internen, y nosotros apoyamos en las gestiones y reportes.- Carmen (Entrevista, 2013).

Las razones por las que ella se compromete a realizar funciones que no están dentro de las establecidas por el hospital Beijing Unido, se debe principalmente a su condición de migrante en China y a la empatía que siente por los extranjeros en estado de vulnerabilidad frente a la enfermedad que padecen:

- Bueno, ya sé que no es... no es parte de nuestro trabajo pero a veces ha pasado que nos hemos comprometido mucho con los pacientes. Por ejemplo, cuando vamos a visitar a los pacientes internos, a veces tú entras a las habitaciones y te piden cosas que realmente no es nuestra función pero a veces cuando ves la cara del paciente, y dicen ¡ay por favor! yo no conozco tal o cual cosa... pues a veces te da pena porque dices bueno, la situación de cada uno es distinta, yo me

pongo a pensar si algún día yo estaré en alguna situación igual en algún país X entonces yo quiero que alguien me tienda la mano, y hago algo parecido.- Carmen (Entrevista, 2013).

En cuanto a la consulta médica, su labor oficial radica en realizar trámites de póliza de seguros y/o de interpretación cuando el paciente es hispanohablante y no logra comprender al médico quien lo está atendiendo:

-Mira, a veces lo que sucede es que en el momento en que un paciente va con un médico, es forzoso, a mí ya me ha pasado, hay veces en que ayudo a pacientes que no hablan ni ingles ni nada, entonces cuando yo he entrado a la consulta con ellos, les ayudo a hablar. También hay casos donde el paciente sale y dice "ay se me olvido preguntarle esto al médico", si la cuestión es algo simple, me toca averiguar con el doctor o mejor soy yo quien le da las recomendaciones- Carmen (Entrevista, 2012.)

La forma de intervención se realiza con la interacción durante el momento de la solicitud de atención médica y la anamnesis o interrogatorio que formula el médico durante la exploración del paciente. Carmen comentó que su ejercicio radica en hacerle entender al médico el padecimiento del paciente, y cuando el médico habla para emitir el diagnóstico y las recomendaciones, Carmen busca adecuar los términos que ella conoce en inglés para traducirlos al español y que a su vez esto resulte comprensivo para el paciente.

Generalmente, admite que el encuentro clínico se triangula a través de ella y entonces tanto el paciente como el médico terminan dirigiendo su atención a la intérprete, limitando la interacción directa entre galeno y enfermo.

Este tipo de vinculación permite que Carmen obtenga mayor confianza por parte del paciente temeroso o inseguro, y que a su vez el médico pierda la autoridad en el espacio clínico y la seguridad de una total comprensión del padecimiento o la terapéutica establecida.

Lo anterior se favorece cuando Carmen observa que las madres de los hijos enfermos y decide intervenir al final de la consulta para otorgar su opinión personal respecto a las indicaciones farmacológicas que las madres de familia deben seguir. Respecto a las otras recomendaciones no farmacológicas, Carmen tiene muy en claro que los médicos no otorgan ni permiten el uso de remedios

caseros o cualquier recurso no farmacológico durante el episodio de enfermedad. Esta gran diferencia provoca descontento en algunas madres de familia:

- Yo les digo cuando termina la consulta, cuando salen, a veces me doy cuenta cuando hablan con el médico y veo como que no está muy satisfecha porque el médico no es muy bueno, y yo les digo, mira yo por experiencia, yo tengo todos esos remedios en la casa. Carmen (Entrevista, 2012.)

- Acá ni anís ni manzanilla ni nada de eso (en referencia a lo que no prescriben los médicos para los padecimientos más comunes como dolor abdominal o catarro común). Pero, sobre todo con los pacientes latinoamericanos, les digo yo por mi experiencia; porque yo lo viví con mi hijo, yo le di anís y la manzanilla les alivia mucho, y muchos de ellos ya lo han experimentado con sus familias; (...)cuando los niños se escaldan o les sale salpullido, en temporada donde hace mucho calor, les echamos el polvo del maíz, también lo recomiendo.-Carmen (Entrevista, 2012).

Conflictos por pago de servicios

Uno de los principales motivos de conflicto entre Beijing Unido y sus pacientes, es el problema del pago por los servicios hospitalarios, ya que por un lado el paciente desconoce las limitaciones de su seguro al igual que su médico y al momento de hacer uso de la institución de salud y pagar por sus servicios, existen cobros que el paciente debe cubrir:

-Mucha gente se queja de la cuestión financiera, el problema de los seguros es que algunos tienen autorización directa para cualquier procedimiento, pero otros seguros no cubren todo, hay limitaciones, y eso los pacientes no lo saben porque no leen sus contratos, sólo se acuerdan del seguro cuando se enferman y ya enfermos ¿quién se pone a leer las letras chiquitas? (...) normalmente un seguro le avisa a la oficina de pre certificación y la oficina de pre certificación le avisa al paciente y le dice cuanto es lo que le puede cubrir. Y ahí el paciente se enoja porque le preocupa su salud. Tampoco el médico puede saber cuál es la limitación del seguro de su paciente y el médico haciendo su trabajo manda estudios, los que él cree que el paciente debe hacerse, por ejemplo laboratorios, ultrasonidos, resonancias, cultivos,(...) el doctor hace la orden y al final de la consulta o de la enfermedad pueden aparecer dos, tres, o hasta diez órdenes que no todo cubre el seguro y el paciente ya enfermo y preocupado se enoja porque no tiene el dinero suficiente y le tiene que pedir al médico que le cancele los estudios que no son importantes porque no los puede pagar.- Carmen (Entrevista, 2012).

La intervención de apoyo que realiza Carmen en este punto es mediar el conflicto del paciente que necesita cancelar los estudios que el médico le mandó y que no pueden ser pagados por el seguro. Carmen acude con el médico tratante para exponer el caso (ya que el paciente no puede tener contacto directo con el médico tratante a menos que pague por una nueva cita) y una vez que el médico accede al expediente del paciente, hace la cancelación de los estudios respectivos y finalmente Carmen le informa al paciente los resultados finales.

La segunda forma de apoyo es mediante las cartas garantía que los pacientes dejan como compromiso de pagar a plazos los servicios médicos utilizados:

-Tuvimos un paciente que no podía pagar, que no tenía nada de plata, le sugirieron que comprara la tarjeta de descuentos, más el 10% de descuento que yo le ofrecí de mi propio seguro, yo lo vi tan mal que yo le dije que de mi descuento como empleada podría beneficiarse, pero aun así con el descuento de la tarjeta la señora no tenía suficiente, el caso es que tuvo que llamar a su cuñado que está en Brasil, él le puso plata a una cuenta, porque la señora estaba ya desesperada por la cuenta y es que era mucha plata y estaba uno: con lo del seguro, la señora con tanta cosa se puso nerviosa y estaba ya medio mal humor, lo que no estaba bien para su salud también. Y dos, lógicamente la cuenta que era un montón de plata, entonces era en realidad muchas razones para estar preocupada, yo le dije que dejara la carta de compromiso, ha habido casos así que han pagado una parte de la cuenta y luego regresan a China a pagar la otra parte que deben. Al final se pudo arreglar así y ya se comprometió a pagar.- Carmen (Entrevista, 2012).

Conflictos por déficit de médicos

A pesar que se anuncia como un buen hospital que cuenta con un amplio equipo de especialistas, en la práctica diaria existe un déficit de médicos para el área de pediatría en el Beijing Unido. Durante una de las estancias en campo, cuando se llevaron a cabo las entrevistas a Carmen, coincidió la temporada de trabajo con el año del dragón, uno de los símbolos del zodiaco chino con mayor importancia para esta cultura. Dado el perfil de líder con buena abundancia y prosperidad en la vida en las personas nacidas bajo este signo, muchas mujeres chinas decidieron concebir hijos en ese año, dando como resultando la saturación de los servicios de ginecología y pediatría del Beijing Unido.

- Ahora peor todavía porque en este año, que es el año Dragón, es un año muy ocupado, por ejemplo hay como cinco enfermeras en pediatría que están embarazadas, en ginecología hay tres embarazadas, en la administración también hay tres mujeres embarazadas, todas pues se la llevan chévere sin tanta carga y todo se alenta pues, más la cantidad de mujeres pacientes que vienen aquí con los bebés o a cuidarse el embarazo, se llenó todo el servicio, no hay citas y tampoco médicos.- Carmen (Entrevista, 2012).

En cuanto al número de médicos para el servicio de pediatría comentó:

- Hay tres doctores que ven niños sanos, por ejemplo los que ya nada más van a chequeo general para certificados, viajes o vacunas. Y Hay dos o tres doctores ven niños enfermos pero en consulta externa, todo el mismo día, pero como son tantos niños de un lado y tantos casos como setenta al día, con cinco o seis pediatras no son suficiente, aunque ahorita hay ocho, los otros dos son de reserva, sólo ven a los de más gravedad hospitalizados, por ejemplo hay una sola doctora que hace lo que es cuestión de la circuncisión y cirugías. Con esta saturación se dan citas hasta uno o dos meses después y claro que las mamás se enojan porque quieren que sus hijos los atiendan rápido (...) a los bebés se les da prioridad, esos si les hacen espacio entre las consultas, pero si los niños tienen ya 8, 9 o 10 años, un doctor de medicina general los puede ver, pero ahí las mamás no quieren porque a fuerzas quieren revisión por el pediatra. Tratamos de convencerlas que las revise un general, pero no todas se quedan contentas.- Carmen (Entrevista, 2012).

El otro problema surgido en los servicios médicos, de igual forma en el servicio de pediatría, tiene que ver con el seguimiento terapéutico con el mismo médico. Dadas las rotaciones de los médicos dentro del hospital, la contratación de médicos nuevos o la remisión de contrato en otros, así como las ausencias laborales por viajes fuera de China, no es tan constante que un mismo médico atienda por un largo periodo de tiempo (más de dos años) a una misma familia o al mismo niño. Esto es percibido por las madres y para Carmen como una desventaja ya que la historia clínica a pesar de estar asentada en el expediente, se tiene que repetir con cada consulta nueva, además de no tener confianza en los nuevos médicos que atienden al niño por "no conocer su historial ni haber presenciado su crecimiento". Aunado a este punto, se suma la imposibilidad de consultar al médico fuera de su consultorio en el Beijing Unido. Ante cualquier contratiempo, las madres, el enfermo o cualquier familiar que solicite una asesoría con el médico tratante, tiene que recurrir al pago de una nueva consulta bajo cita o consultar su inquietud con otro personal que no es el médico tratante:

- Aquí no es igual que por ejemplo en Perú o en México, donde si después de la consulta y más en la privada tu quieres consultarle algo (en referencia al médico), si el doctor te da el acceso puedes llamarlo porque genera confianza, pero no todos los médicos son iguales, o sea el médico chino y también los extranjeros por acá está prohibido darles el teléfono de los médicos a los pacientes (...) aquí quien contesta es la asistente y nunca te pasa con el médico a menos que sea de vida o muerte, pero siempre te piden que pagues una cita nueva (...) es esta parte del hospital que es como para protección al médico, cuando el médico no sea interrumpido mientras trabaja, pero a veces a los pacientes les cuesta medio trabajo entender que tienen que pasar primero por el asistente.- Carmen (Entrevista, 2012).

Diferencias culturales en la dinámica hospitalaria

A continuación se elaboró un listado con los puntos principales en donde se remarcan las principales diferencias en torno al trato y dinámica de los médicos chinos respecto a los pacientes latinoamericanos en la institución.

1. Acompañamiento familiar. La saturación del servicio pediátrico se ve durante el encuentro médico ya que a la consulta en promedio acuden más de tres personas acompañando al niño enfermo de una familia china, en particular si se trata de un hijo varón. Esta saturación del espacio provoca en el resto de los pacientes y sus familiares la inconformidad por una mala percepción en el servicio:

-Tú ves a un paciente chino, niño chino sobre todo si es varón, que viene a una consulta con el médico, pero viene con una caravana de seis personas: la mamá, el papá, el abuelo y la abuela de parte de la mamá y el abuelo y la abuela de parte del papá y a veces hasta la Ayi y todos quieren pasar a la consulta y se ponen violentos si se quedan afuera, aunque vean que no hay espacio en el consultorio, y también si se trata de cirugías no pueden estar todos porque contaminan al niño y no lo entienden y es motivo de pleito con los médicos. Entonces si hay otras familias esperando ya no tienen donde sentarse, o lo que es peor, el médico se retrasa porque tiene que dar explicaciones a todos y el tiempo se le termina y los demás que están afuera esperando pues se molestan y al final en los pasillos es pleito entre chinos y extranjeros-

2. Confidencialidad y consentimiento. Los médicos chinos generalmente se encuentran acostumbrados a tratar la enfermedad del paciente pero desde la vinculación con los otros miembros de la familia con quienes interactúan de manera más directa, dando la información diagnóstica y terapéutica sin contemplar la presencia o subjetividad del paciente. Para la institución de Beijing Unido,

siguiendo las reglamentaciones internacionales y la carta de derechos de los pacientes, establece como norma que la información del expediente clínico se otorga directamente al enfermo de manera privada, sin la intervención de terceros. Esto genera normalmente grandes fricciones entre los miembros de la familia del enfermo con la institución y con los médicos tratantes:

-Para el caso de las familias chinas, digamos que el padre de familia acude al hospital porque tiene una enfermedad grave, por ejemplo un caso de cáncer, entonces acude toda la familia la consulta médica pero ya no le dicen al padre cuál es el problema, o sea, la esposa o los hijos se pueden enterar menos él, no le dicen nada de lo que tiene, eso causa problema porque el médico ya se salta al enfermo y lo ignora porque todo lo acuerda con los demás miembros de la familia y el enfermo no cuenta para nada. Pero al momento de que los hijos o la esposa piden los historiales o los exámenes al hospital pues no tienen acceso porque eso sólo es para el paciente interesado, entonces se enojan con el médico y el paciente termina enterándose de todo y termina en un caos, porque el hospital maneja una política y en la vida diaria otra y esto causa muchos pleitos-Carmen, (Entrevista, 2012).

3. Lenguaje no verbal. La formalidad es una característica en el sistema biomédico donde el paciente generalmente se somete a una interacción llena de vocabulario técnico, cierta distancia corporal respecto al médico y solamente cuando existe cercanía y confianza con el terapeuta, existe una aproximación física y hasta demostración de afecto por medio de palmadas, abrazos, etc. Sin embargo, en la cultura china las muestras de afecto corporal y el contacto visual no existen entre el médico y el paciente:

- Cuando tú hablas con ellos, aunque sean especialistas ellos como que no son nada abiertos y no te miran a la cara, cuando tú hablas con ellos tú te das cuenta, a lo mucho miran a tu entrecejo pero no te pueden mirar directo a los ojos y generalmente los pacientes si son chinos o japoneses tampoco te miran a los ojos porque es hasta ofensivo, como mucho descaro. En cambio pues que a los latinos nos gusta hablar mucho, nos gusta conversar, y nos gusta tocarnos mucho...y me dicen los médicos que ellos no tocan, y los pacientes se enojan si el médico no los toca porque lo entienden como frialdad o indiferencia.- Carmen (Entrevista, 2012).

4. Diferencia en el trato por género. Dado que la cultura china vive bajo la política del hijo único, los unigénitos varones son considerados como más favorables para el estatus familiar, por lo que la atención, el cuidado y el apoyo es mucho mayor

en términos generales en comparación de la unigénita mujer. Como ejemplo de esto, el espacio clínico y la interacción médica también cuenta con mayores preferencias de trato para los pacientes pediátricos masculinos, ya que los médicos chinos suelen ser más detallados en la exploración física, acuciosos en la anamnesis y mucho más tolerantes con los padres de familia durante la consulta médica:

- Si hacen su trabajo durante la consulta pero se muestran más cordiales si el niño es varoncito, o si el que viene a la consulta es hombre. A las mujeres también las atienden, pero bajo mucha reserva, no indagan mucho sobre lo que les pasa, ni tampoco las revisan con tanto detalle y paciencia como a los niños. Hasta he visto que a veces dan más piropos a los niños que a las niñas, y eso los padres pues lo notan cuando salen de consulta, o más contentos para regresar con el mismo médico o serios y callados.- Carmen (Entrevista, 2012).

5. Exploración genital pediátrica. El tema de la genitalidad en los médicos chinos respecto a los pacientes extranjeros se toma bajo mucha precaución. Como práctica occidental, en algunos casos se aconseja a las madres que realicen ejercicios manuales de retracción del prepucio para evitar la fimosis y de esta manera un padecimiento pediátrico de las primeras etapas de la vida en el niño. Este consejo no sucede entre los médicos chinos, causando consternación en las madres primerizas con hijos varones:

- Ese es un tema que a cada rato platico con las mamás porque llegan a revisión de sus niños y los médicos no les dicen que les hagan sus ejercicios, me pasa mucho con los pacientes latinos, no sé si en México también pasa; pero en mi país Perú, por lo menos, cuando el niño nace, el médico le dice a la mamá como bajarle su pellejito a la hora del baño. Pero aquí, aunque las madres le digan al médico, ellos dicen que no lo hagan porque entonces el hijo se va a malograr, que le puede hacer daño, (...) No, ningún médico pediatra de acá te lo recomienda, ninguno te va a decir que le des masaje en el prepucio, Ya me ha pasado a veces porque llevo pacientes y muchos de ellos dicen que no se debe agarrar, que no, y yo les digo que más que nada es por la cultura china, inclusive le pregunte a mi esposo y él me dijo que no tienen la costumbre de hacerle ni masaje ni nada al prepucio, que en la primera vez lo vio cuando mi hijo nació y el doctor le mandó hacer los masajes y el médico de Perú me enseñó como tenía que hacerle los masajes, entonces aquí como es diferente, a cada rato les ando enseñando a las mamás cómo hacer los masajes para sus hijos, y ya no le dicen nada al médico.- Carmen (Entrevista, 2013).

6. Lactancia Materna. Aunque las normas internacionales estipulen que la lactancia materna debe ser exclusiva durante los primeros seis meses del niño, los médicos chinos extienden esta práctica inclusive unos dos meses más, orientando a la madre a que aunque le quiera dar otros alimentos, la prioridad es la leche materna sobre cualquier otro líquido o comida. Esto genera en las madres cierta desconfianza ya que tanto los medios de comunicación como otros médicos mexicanos quienes siguen la Norma Oficial Mexicana 043, recomiendan la introducción de alimentos o ablactación a partir de los cuatro meses, incluyendo el agua natural hervida.

7. Prescripción de los fármacos. A pesar que el servicio médico exige altos controles de certificación y de dominio del área de especialidad, en general los médicos tienen praxis ajustada a las normas internacionales de salud. Sin embargo, la percepción que tiene tanto Carmen como las madres de familia en cuanto a la prescripción de fármacos es diferente y con tendencia a la negatividad por la administración de fármacos que son considerados como poco eficaces:

- Siempre he visto que las medicinas son muy leves las que los médicos recetan aquí, por ejemplo puro ibuprofeno para todo, muy pocas veces los pediatras dan medicinas muy fuertes como antibióticos a menos de que ya estés con una infección bien fuerte, esto lo hacen por la seguridad del paciente y para ellos también, porque luego dicen que si le recetaron antibiótico al niño luego se enferman del estómago y las madres regresan bien enojadas (...) sabes que las infecciones normalmente de gripes cuando son fuertes luego de tres días comienza a salir todo lo de la infección y todo a veces al principio no sale, se ve como una fiebre o una gripe ligera pero luego sale, entonces a veces algunos papás traen a los niños cuando están en el primer, o segundo o tercer día; entonces no se manifiesta tanto, por ejemplo, llegó una vez un caso con una señora con su hijo enfermo y después lo volvió a traer al cuarto día porque allí recién se comenzó a reflejar todos los síntomas que tenía el niño y allí si le recetaron antibióticos. Cuando vino la primera vez, el hijo de la señora estaba en la primera fase, entonces el doctor no le encontró muchos problemas y le recetó jarabe para la tos y nada más. Al segundo día el niño todavía tenía fiebre alta y la señora lógicamente estaba preocupada y lo trajo a emergencia y mandó que le pusieran suero, ya estaba muy enojada, ella luego se quejó diciendo que el médico le había recetado solamente el jarabe, que le hubiera recetado el suero desde el principio, la primera vez que lo trajo. Carmen (Entrevista, 2012.)

Lo anterior es una muestra evidente de la falta de comunicación del médico respecto a la asesoría en cuanto a la historia natural de la enfermedad en el niño. Es decir, ante un padecimiento determinado el médico actúa con base en la sintomatología del momento en que se realiza la consulta médica, reservándose siempre el pronóstico, ya que éste mismo depende de múltiples factores de cuidados en casa, la condición del cuerpo enfermo y por supuesto, de la propia evolución natural del padecimiento.

Las madres de familia al carecer de la información clara y precisa de los signos de alarma, de la historia evolutiva de los padecimientos, o de las razones por las que el médico prescribe un determinado tratamiento a diferencia de otro, muestran una desaprobación ante la terapéutica farmacológica porque el padecimiento no fue resuelto de manera completa y rápida como estaban esperando, y la forma de responsabilizar la falta de curación la adjudican a una supuesta ineficacia farmacológica.

El segundo ejemplo en este tema de la percepción terapéutica radica en la administración de soluciones parenterales y fármacos intramusculares. Como es sabido en algunos sectores de la cultura mexicana, la percepción que tiene la gente sobre los fármacos empleados vía intravenosa es positiva y benéfica para la curación del padecimiento, en cuanto a que esta vía ofrece rápidos y mejores resultados sintomáticos en comparación con la vía oral.

Existen dos binomios de percepción farmacológica-sintomática:

El primer binomio asocia fármacos "leves" (administrados vía oral, tardan más tiempo en hacer efecto)-padecimientos no graves. El segundo binomio asocia: fármacos "fuertes" (administrados vía parenteral o intramuscular, hacen efecto más rápido)-padecimientos graves.

Esta percepción contrapone en muchas ocasiones el juicio clínico del médico al momento de prescribir fármacos frente a un padecimiento infantil.

Por ello es que las madres de familia asocian la mala práctica médica con la mala aplicación de los binomios arriba descritos, acorde por supuesto al propio criterio materno, es decir, si las madres de familia observan que el médico recetó un fármaco "leve" ante un padecimiento "grave", la curación será tórpida y esto derivará en varias consultas al mismo médico o incluso la búsqueda de otros recursos de atención.

- Lógicamente acá no ponemos el suero, los médicos si lo reservan para muchos niños aunque las madres a veces insisten mucho en que se los pongan para que se alivien más rápido. La gente cree mucho en el suero, pero los médicos tienen sus propias razones para no ponerlo todo el tiempo. A los chinos les gusta mandar mucho eso del suero, para todo usan el suero, pero no para los niños extranjeros, no se quieren meter en complicaciones aunque las mamás lo pidan (...) Lo que pasa es que cuando usas demasiado suero, es lo que yo he escuchado, que cuando usas demasiado suero y tienes que hacerte una cirugía o algo, el suero ya no te va a hacer efecto. Si tienes alguna anemia ya no te va a hacer efecto, porque ya se ha usado tanto suero siempre para curarse cualquier cosa, que tu cuerpo crea anticuerpos, lo rechaza. Entonces lógicamente si no puedes ponerte suero cuando te lo tienes que poner, pues tienes que buscar otro método.- Carmen (Entrevista, 2012.)

8. Calidez durante la consulta médica. Este último punto establece una clara comparación entre los médicos europeos y chinos respecto a los pacientes latinoamericanos. Además de la diferencia del idioma, los médicos europeos en general son percibidos como más impersonales en el trato durante la consulta médica:

- Nunca te preguntan por tu persona, de dónde vienes o lo que te gusta hacer, sólo se limitan a lo que te duele y a revisarte. Ni siquiera sonrían si haces bromas o cuentas algo curioso, son muy serios y eso no es del agrado de la mayoría de los pacientes latinos, que en general están esperando a que el médico sea amable, que se interese por la persona así sea niño o adulto, pero cuando no pueden elegir otro médico, se tienen que conformar con el que los atiende.- Carmen (Entrevista, 2012).

5.5. Percepción de la medicina tradicional china

Carmen formó familia con un hombre chino, quien en su momento fue el primer encargado de mostrarle el mundo de la medicina tradicional. Cuando su hijo

llegaba a enfermarse, era el marido quien iba al mercado por las yerbas para la elaboración de infusiones, el que administraba los remedios y el que hacía masaje en caso de gripe o indigestión. El esposo aprendió de sus padres, sin pertenecer ninguno de ellos al gremio médico. Carmen aprendió a familiarizarse con la medicina tradicional empleada por su familia política y reconoció con ello su eficacia al notarlo en la salud de su hijo cuando se recuperaba de los padecimientos presentados.

Carmen también ha llegado a utilizar este recurso en su propio cuerpo. Tiempo atrás presentó problemas ginecológicos de sangrados dolorosos e irregulares, por lo que tuvo que asistir al médico. Se le diagnosticó anemia y se le recetó sulfato ferroso vía oral, pero ella rechazó el tratamiento por intolerancia gástrica, así que decidió buscar otra opción terapéutica, recurriendo entonces a un médico tradicional chino, recomendado y elegido por su esposo. Estuvo un año bajo tratamiento tradicional y refirió notable mejoría sintomática de su padecimiento, aunque reconoció que por un momento consideró excesivo la duración del tratamiento.

Con estos antecedentes, tanto personales como de la salud de su familia, Carmen adquirió un determinado conocimiento sobre la medicina tradicional que incorporó como herramienta dentro de su trabajo en el Hospital Beijing Unido, puesto que servía de orientación cuando las madres de familia le llegaban a preguntar sobre su eficacia. Si ella tenía la oportunidad, podía hacer recomendaciones sencillas sobre los productos que las madres podrían adquirir en el mercado, por citar el mayor ejemplo; el uso de la pera en jugo durante la temporada invernal y la infusión de crisantemo para los casos de catarro común.

- Sirve para refrescar la garganta y quita la aspereza al tragar saliva durante el invierno.- Carmen (Observación participante, 2012).

En cuanto a la medicina tradicional china brindada por los médicos dentro del hospital, Carmen comentó su perspectiva al respecto:

- Cada doctor tiene su manera de tratar las enfermedades y hay unos médicos que son más apegados a usar medicina natural y otros a medicina occidental, (es decir, apegados al

tratamiento farmacológico) pero he visto que aunque el médico oferte tal o cual tratamiento, el paciente es el de la última palabra y decide si sigue o no las diferentes opciones (...) a veces el paciente busca la información en internet, pero no siempre están todas las respuestas ahí. Yo pienso que las medicinas son buenas para unas cosas, tienen sus pros y sus contras, la medicina china es natural y no tiene tanta agresión como la occidental, pero también el problema de la medicina tradicional china es que toma tiempo para que sirva, después de un tiempo si hace efecto, no es tan rápida como la medicina occidental, como el antibiótico o los otros que al segundo o tercer día ya está uno mejor, la medicina tradicional china dura meses a veces un año para ver el avance y tienes que ser constante y nosotros como occidentales somos desesperados, todo lo queremos rápido. Yo he visto que la doctora de medicina tradicional china que sus pacientes vienen y les preparan su tratamiento para una o dos semanas, y luego descansa una semana y a la otra semana otra vez, pero por meses.- Carmen (Entrevista, 2012).

Esta postura de concebir la medicina herbolaria tradicional como un recurso terapéutico inocuo por tener procedencia botánica y mineral, se asemeja mucho con la percepción que tienen las madres de familia de la investigación. Estas mujeres relacionan la eficacia de la medicina por su origen biológico inalterado, aunque con el contratiempo de no ser de rápida acción frente a los padecimientos.

La narrativa arriba mencionada permite conciliar la percepción de Carmen respecto a la medicina tradicional china con su labor de orientación cultural, ya que esta misma explicación es la que le otorga a las madres de familia cuando tiene la oportunidad de interactuar con ellas dentro del espacio de la consulta clínica. Les facilita una interpretación a priori de su empleo y su efectividad, con tres respaldos que resultan importantes: brinda la orientación basándose en su calidad de madre que en su hogar trata a su hijo con estos mismos recursos, siendo ella también usuaria de la terapéutica como cuando presentó anemia; cuenta con la experiencia de trabajar con médicos tradicionales dentro del ámbito hospitalario, esto le otorga cierta legitimidad de la información y por último, tiene la oportunidad de hacerlo en el idioma materno de las mujeres quienes le consultan, transmitiendo la información con un mensaje mucho más directo sin errores de interpretación.

Carmen ha notado diferencias entre la postura médica occidental y la tradicional china respecto a la atención de los pacientes, dentro del espacio hospitalario.

A decir de ella, percibe "un choque" entre ellos en cuanto a la manera de tratar a los pacientes. El caso concreto que pudo compartir fue el siguiente:

- Hay dos dermatólogas, una de ellas ve pacientes y siempre les receta medicina occidental, nunca receta medicina naturista (tradicional china). Y la otra doctora que es china, siempre receta medicina natural cien por ciento. En una ocasión llegó una niña con problemas de una alergia tipo eccema, entonces le dio un líquido hecho con hierbas, primero tenía la enferma que limpiarse la piel, luego secarse y después echarse esa medicina en líquido, y si le funcionó, le tomó un poco de tiempo eso sí estuvo unos meses, como seis o siete. Luego recayó y cuando volvió la atendió la otra dermatóloga y le quitó todo lo chino, le dio antihistamínicos orales y la paciente seguía igual, ni se componía ni con una ni con la otra, hasta dejaron de venir ella y su familia porque veían como las dos doctoras sin agredirse directamente pero anulaban lo que una u otra decía.- Carmen (Entrevista, 2012).

Otra de las limitaciones del uso de la medicina tradicional china, Carmen reconoció que el principal problema es la facilidad de acceso dentro del Beijing Unido por el alto precio, puesto que los seguros médicos no cubren el costo de este tipo de recurso terapéuticos, dejando al paciente la decisión de cubrirlo con su dinero propio. Por el otro lado, si el paciente decidiera no pagar el servicio dentro del hospital, tendría que aventurarse a buscar otro médico tradicional fuera de Beijing Unido, con el obstáculo de la diferencia del idioma y de no conocer a detalle algún médico tradicional de confianza.

Como se ha comentado en el desarrollo del texto, la relación de Carmen con al menos la mitad de las madres de familia (Daniela, Marina y Andrea) se ha dado en al menos tres rubros:

Primero, Carmen intervenía de manera directa en la resolución de conflictos entre el sistema administrativo del hospital, relacionado con las citas, el trato de los médicos, los cobros por el servicio de atención y la negociación en "descuentos" por ser clientes frecuentes del hospital en algunas madres de familia como Daniela y Andrea.

Tenía mucha empatía por acercar a los hijos enfermos durante episodios de su padecimiento a los pediatras que laboraban en un servicio saturado. Carmen se habría dado a la tarea en repetidas ocasiones de agilizar las citas en un periodo corto de tiempo para que la atención médica pediátrica de los hijos de Daniela, Marina y Andrea no demorara tanto. Carmen y las madres de familia tenían predilección por dos médicos filipinos quienes hablaban buen nivel de español y por lo tanto, la consulta médica podía llevarse a cabo en términos más sencillos y era percibido el encuentro clínico como con un mejor trato por estas madres de familia, por lo que Carmen siempre buscaba un espacio en la agenda de dichos médicos y con ello facilitar la revisión clínica de los niños enfermos.

Por último, las opiniones positivas de Carmen respecto a los recursos terapéuticos tradicionales chinos servían como respaldo o retroalimentación en la propia automedicación de las madres de familia en sus hogares durante el episodio de enfermedad de sus hijos.

Consideraciones acerca de los resultados obtenidos

Como parte final de esta investigación, se presentan a continuación las conclusiones de los resultados obtenidos.

En el contexto de la migración internacional, la madre de familia mexicana quien realiza su cambio de residencia para acompañar la trayectoria migratoria del jefe de familia, se encuentra interactuando con una cultura distinta a la de su país de origen. Al momento de establecer su nuevo hogar, sus actividades cotidianas presentan modificaciones acorde a las características de la sociedad receptora, siendo Beijing una ciudad de altos contrastes por la diferencia del idioma, las costumbres y las tradiciones. A su llegada a Beijing las familias se enfrentaron a la problemática de la situación ambiental caracterizada por los altos niveles de contaminación del aire, del agua y microorganismos potencialmente patógenos. También enfrentaron dificultades ante la oferta, muy limitada, de servicios de salud adecuados para su condición migrante (población extranjera). Lo anterior genera en la madre la necesidad de establecer nuevas y diversas estrategias de cuidados maternos para resolver los problemas de salud presentados por sus hijos quienes se encuentran en edad escolar.

Lo anterior llevó a la elaboración del diseño y desarrollo de la presente investigación. Con respecto a los objetivos del estudio, se analizaron los mecanismos empleados, por las madres, para la solución de problemas de salud, así como la forma de relación con dichos servicios. Partiendo de la hipótesis planteada en el presente trabajo, se demostró que aquellas participantes con mayor experiencia en los cuidados maternos de los problemas de salud infantil pudieron generar estrategias para la resolución de los padecimientos presentados. También incorporaron sus propios mecanismos de atención. Destaca dentro de los recursos terapéuticos materiales, el empleo de compuestos herbolarios de la

medicina tradicional china, principalmente aquellos recomendados para la afección de las vías respiratorias. Una característica a destacar fue que para la incorporación de los recursos materiales, estos deberían de cumplir con expectativas de familiaridad en su uso por parte de las participantes. Otro cambio que realizaron las madres, fue que integraron a la dieta del enfermo los alimentos locales de mayor uso para los padecimientos comunes. Las madres mostraron una mayor confianza en los fármacos biomédicos importados por los recursos sociales de las participantes. En los casos donde existió la falta de seguro médico, el distanciamiento geográfico de los servicios de salud, o el tipo de limitación surgido durante el encuentro clínico con los médicos, originó en las participantes una percepción negativa sobre el quehacer biomédico y su eficacia. La deficiente percepción de los recursos de salud locales repercutió en la elaboración de nuevas estrategias en los cuidados maternos, en el reforzamiento terapéutico con la auto atención dentro del ámbito doméstico y en la incorporación de recursos materiales y sociales para poder resolver el problema de salud infantil. Por último, aquellas participantes que contaron con mayores recursos económicos, incorporaron fácilmente en sus mecanismos de atención los insumos necesarios para hacer frente a los principales problemas o riesgos para la salud surgidos durante su estancia en Beijing. Las madres enfocaron su atención en torno a la contaminación ambiental del aire, reflejado en la inversión de gastos excesivos en materiales específicos como filtros de aire para la vivienda.

Esta discusión conlleva a las siguientes consideraciones: Contrastando a grandes rasgos el contexto geográfico, al ser la Ciudad de México como punto referencial y la ciudad de Beijing centros importantes de la economía y política nacionales, de acuerdo al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la Ciudad de México cuenta con un Índice de Desarrollo Humano al año 2010, de 0.822, considerado muy alto; mientras que Beijing cuenta con un nivel de desarrollo de 2, considerado alto. Tratar de hacer un paralelismo entre estas ciudades resulta difícil e injusto, sin embargo, con la finalidad de establecer un parámetro de comparación en el cual se encontraron las familias mexicanas

migrantes en Beijing de esta investigación, podemos establecer que de acuerdo a los parámetros internacionales comentados, estas familias no migraron a una ciudad de mayor desarrollo que la Ciudad de México. Esto es importante de considerar debido a que, además del cambio de idioma y el cambio sociocultural, esta diferencia de índice de desarrollo también se encuentra ligada a la alarmante situación ambiental del cambio climático. Por ser una ciudad principalmente industrializada con problemas de densidad poblacional, los habitantes de Beijing enfrentan graves riesgos para la salud. Es en este contexto que las madres migrantes incorporaron mecanismos necesarios de micro adaptación y resiliencia para procurar una cierta calidad de vida familiar. De esto, surgiría la propuesta de realizar mayores estudios a largo plazo sobre el impacto del cambio climático a través de los factores antropogénicos de la contaminación del agua, del aire y agentes patógenos sobre las familias seleccionadas, elaborando proyecciones a futuro de las problemáticas enfrentadas y las repercusiones a nivel individual y comunitario.

Continuando con el contraste geográfico, las participantes vivían en los dos distritos de Beijing que permiten la mayor concentración de extranjeros: Chaoyang y Shunyi. A pesar de contar con las mínimas adecuaciones para la gente proveniente de occidente, finalmente existen grados variables de contacto directo con la sociedad receptora, resultando ser más restringida en el suburbio de Shunyi. La forma de ubicación de las residencias, la facilidad del manejo del inglés por parte de los prestadores de servicios, y su apartada ubicación del resto de la ciudad, impide que las mujeres que habitan en este distrito puedan vivir una experiencia migratoria más integral, así como una interacción plena con el resto de la comunidad local así como los servicios de salud, recreación y los espacios sociales comunes. En este punto tendría pertinencia profundizar en su estudio el tipo de relaciones entre la sociedad receptora con los migrantes en términos de las problemáticas de salud relacionadas con las condiciones locales de higiene y enfermedades más comunes.

Una consideración importante surgida de los resultados de este trabajo está ligada al rol de la mujer migrante en términos de su función intrafamiliar y desarrollo personal. Las participantes por diversas razones se encontraron limitadas para manejar el idioma local y para solventar esta barrera, resultó de gran apoyo la colaboración de los hijos, quienes gracias a los colegios internacionales y a la facilidad para el aprendizaje del mandarín, les permitió ser uno de los principales vínculos para la resolución de los problemas rutinarios con la sociedad receptora, siempre y cuando pudieran comprender la situación manifestada entre los adultos y que los niños contaran con el vocabulario suficiente para llevar una adecuada interpretación del diálogo. Esto nos lleva a proponer mayores investigaciones en el campo relacionado con la forma de impacto que tiene la madre al depender de otra persona con menor desarrollo que ella para poder enfrentar la vida cotidiana y que paradójicamente, se encuentra bajo su cuidado y protección.

Como consideración final, a pesar que la mayoría de las madres de familia cuentan con un nivel de estudios que les permiten el desempeño en algún puesto relacionado con su profesión, las condiciones legales migratorias impuestas por el gobierno comunista de China y la Convención de Viena para inmunidad y protección del gremio diplomático, mediante las restricciones respecto al marco del empleo remunerado, son los dos fuertes impedimentos que limitaron a cada mujer para que pudiera desarrollarse en el plano laboral. Esto deja en claro que bajo el fenómeno de la migración internacional y las reglas estructuradas para los extranjeros, estas mujeres desde la perspectiva individual no cuentan con la misma oportunidad de crecimiento profesional que su pareja, quien se convierte en el mayor proveedor económico y el timón del principal proyecto de vida dentro de la familia, lo que por momentos fue un generador de conflictos entre las parejas. La ausencia de la mujer migrante en el campo laboral podría interpretarse como que la mujer cuente con una mayor disposición, satisfacción, tiempo, energía y concentración para la crianza de los hijos, en esta nueva situación personal dentro del contexto migratorio. Sin embargo, durante el acercamiento a

sus vidas, estas participantes se encontraron frecuentemente sumergidas en pensamientos de anhelo y añoranza por desempeñarse en otras áreas de su vida personal y profesional además de la maternidad. Cabría entonces la profundización de este hecho a través de futuras investigaciones para analizar qué repercusiones tendría en el área psicosocial de las familias y su relación con el cuidado de la salud familiar.

El Contexto migratorio coloca a los sujetos en una experiencia que los obliga a una adaptación ante un nuevo entorno, obliga hacer usos de las prácticas y representaciones ya conformadas e incorporar algunas nuevas, siempre y cuando partan de un marco de referencia familiar. En el contexto migratorio los sujetos se ven obligados a actuar ante problemas particulares, lo que depende básicamente de la percepción que tengan del entorno. Una mala percepción de éste obliga a una postura de aislamiento y un entorno percibido como positivo favorece una apertura e incorporación de nuevas herramientas. Podemos concluir de manera muy generalizada que la percepción del individuo ante su problemática y su contexto, determina en gran medida la acción de sus propias representaciones.

Para concluir el presente apartado de consideraciones finales, la discusión y reflexiones a profundidad sobre los resultados formales obtenidos de esta investigación, se detallan a continuación en la publicación titulada Contaminación ambiental y prácticas culturales sobre cuidados maternos de migrantes mexicanas en Beijing, China, así como en los dos trabajos académicos presentados.

Anexos

Anexo 1: Guión de entrevista semi estructurada sobre características socio económicas, demográficas y migratorias



Motherhood strategies of immigrant Mexican families residing in the city of Beijing China, in care of infectious diseases presented by the school attendants.

Ericka Orozco.

Post Graduate studies in Health Anthropology, at the Faculty of Medicine of the National Autonomous University of México.

CUESTIONARIO

El presente cuestionario pretende recabar información general sobre la madre de familia que vive en la ciudad de Beijing. Es importante recordar que cualquier dato otorgado permanecerá confidencial y se respetará la privacidad de la participante.

Datos Personales.

1. Nombre Completo:
2. Lugar de origen:
3. Edad:
4. Religión:
5. Último grado de escolaridad cursado:
6. Estado Civil:
7. Ocupación actual:
8. Ocupación Jefe de Familia:
9. Ingresos aproximados:

Familia.

10. Edad al momento de contraer matrimonio/unión libre con tu pareja:
11. Edad y Lugar de origen de la pareja:
12. Edad del primer embarazo:
13. Número de embarazos

14. Complicaciones presentadas:
15. Miembros y edades actuales de tu familia:
16. Escolaridad de cada miembro:
17. En cuáles meses salen de vacaciones los niños:

Aspectos Básicos de salud.

18. Alergias de alguno de los miembros:
19. Enfermedades importantes de alguno de los miembros:
20. Las tres enfermedades más frecuentes en casa:
21. En qué época del año se enferman más:
22. Con qué tipo de seguro médico cuentas, su costo y qué enfermedades cubre:
23. Principales clínicas/hospitales a las que has acudido en Beijing
24. Qué opinión tienes de la medicina china:
25. Qué opinión tienes de los servicios de salud locales:
26. Qué opinión tienes de la calidad del aire, del agua en Beijing:
27. Qué temores y problemas percibes en esta ciudad como riesgo salud:
28. Tienes botiquín en casa? Si es así, qué medicinas utilizas? (menciona nombres o marcas)
29. Las medicinas antes mencionadas, la mayoría de dónde las obtuviste? (ej. De farmacia en México, de farmacia en Beijing, el hospital te la otorgó, una amiga, etc.)
30. Qué remedios conoces para atender una gripa?
31. Qué remedios conoces para atender una diarrea?
32. Haz utilizado medicina tradicional china/acupuntura en algún momento? Comparte brevemente la experiencia que tuviste, en qué caso fue, quién recibió el tratamiento y qué satisfacción o mejoría obtuvo:

Migración.

33. Otro (s) País (es) o ciudad (es) de residencia antes de la llegada a Beijing:
34. Tiempo de Estancia en cada uno :
35. A qué edad migraste por primera vez de México:
36. Motivo de traslado a Beijing:
37. Tiempo de estancia en Beijing:

GRACIAS POR TU PARTICIPACION

Anexo 2: Guión de entrevista a profundidad sobre problemas de salud de los hijos, recursos para la salud y estrategias de cuidado de la salud

<p>1.1 Conocimientos y prácticas de la madre con relación a aspectos higiénico-dietéticos y de prevención de la enfermedad</p>	<p>1.1.1 Representación es acerca de alimentación y su relación con el riesgo de enfermedades gastrointestinales, contaminación por agentes microbiológicos.</p>	<p>a) ¿Qué alimentos que consideras sanos consumen en casa? b) ¿Dónde los consigues? c) ¿Qué dificultades tienes para conseguirlos? d) ¿Cómo lo resuelves? e) ¿Cuánto tiempo te toma (hrs al día) conseguir tus alimentos? f) ¿Qué alimentos sabes que producen enfermedades en los niños? g) ¿Qué alimentos nuevos consumen frecuentemente en China? h) ¿Por qué los consumen? i) ¿Qué sabores y colores les resultan novedosos? j) ¿Consideras algún alimento en China como peligroso o riesgoso? k) ¿De dónde obtuviste la información sobre los alimentos chinos considerados peligrosos? l) ¿Qué actitudes/acciones/costumbres chinas en torno a la alimentación conoces? m) ¿Qué opinas de ellas? n) ¿Por qué las llevarías a cabo? o) ¿Qué piensas del control de agentes microbiológicos para evitar infecciones? ¿Qué temores encuentras en China a comparación de México?</p>
	<p>1.1.2 Representación es acerca de hábitos higiénicos y del cuidado a la salud</p>	<p>a) ¿Qué acciones realizas de forma cotidiana para fomentar la salud en los niños? b) ¿Qué cosas nuevas respecto al cuidado de la salud de tu hijo has aprendido durante tu estancia en China? c) ¿Qué cosas que ya sabías respecto al cuidado de la salud de tu hijo modificaste al vivir en China? d) ¿Por qué las cambiaste? e) ¿Enumera al menos tres cosas que te parecen más interesantes con respecto al cuidado de la salud que realizan los chinos? f) ¿Qué opinas de ellas? g) ¿Estas tres cosas las practicas en tu hogar, por qué? h) ¿Has cambiado el uso del sanitario público en China, por qué? i) ¿Has tenido dificultades en el uso del sanitario tradicional chino? j) ¿Cómo lo resolviste?</p>
	<p>1.1.3 Representación es y prácticas sobre la contaminación ambiental (calidad del aire y calidad del agua)</p>	<p>a) ¿Actualmente realizan algún tipo de actividad relacionado a la contaminación del aire? De ser así especifique b) ¿Quién recomendó esta actividad y por qué? c) ¿Qué actitudes/acciones/costumbres chinas en torno a la contaminación del aire conoces? d) ¿Qué opinas de ellas? e) ¿Por qué las llevas a cabo? f) ¿Qué nuevos riesgos encuentras frente a la calidad del aire? g) menciona los nuevos problemas detectados y si existen temores en torno al tema h) ¿Qué relación encuentras entre la contaminación del aire y la enfermedad en tu hijo? i) ¿Qué opinas de la contaminación del aire? j) ¿Actualmente realizan algún tipo de actividad relacionado a la contaminación del agua? De ser así especifique k) ¿Quién recomendó esta actividad y por qué? l) ¿Qué actitudes/acciones/costumbres chinas en torno a la contaminación del agua conoces? m) ¿Qué opinas de ellas? n) ¿Por qué las llevas a cabo? o) ¿Qué nuevos riesgos encuentras frente a la calidad del agua? p) menciona los nuevos problemas detectados y si existen temores en torno al tema q) ¿Qué relación encuentras entre la contaminación del agua y la enfermedad en tu hijo? r) ¿Qué opinas de la contaminación del agua?</p>
	<p>1.1.4 Actores involucrados en la adquisición del conocimiento</p>	<p>a) ¿Antes de vivir en China, qué persona te dio consejos sobre la forma de alimentar a tus hijos? b) ¿Antes de vivir en China, qué persona te dio consejos sobre la higiene de tus hijos? c) ¿Qué te aconsejó? d) ¿Ahora que vives en China, qué persona te dio consejos sobre la forma de alimentar a tus hijos? e) ¿Ahora que vives en China, qué persona te dio consejos sobre la higiene de tus hijos? f) ¿Qué te aconsejó?</p>

1.2 Experiencia materna previa con las enfermedades infantiles	1.2.1 Tipos de conocimiento sobre enfermedades respiratorias	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué entiendes por enfermedades respiratorias? b) ¿Con qué frecuencia tu hijo padece enfermedad respiratoria? c) ¿Cuál es su origen? d) ¿Qué afecta en el cuerpo? e) ¿Cómo reconoces el padecimiento? f) ¿Qué consecuencias tiene en el escolar? g) ¿Qué molestias o datos reconoces? h) ¿Cómo sabes en qué momento se complica el padecimiento? i) ¿Si en algún momento han maltratado a tu hijo en la escuela, en la calle o en lugares públicos por tener gripa, cómo lo resolviste?
	1.2.2 Conocimiento sobre otra enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué otras enfermedades padecidas por tu hijo que sean importantes para tí conoces? b) ¿Con qué frecuencia se enferma tu hijo de esto? c) ¿Cuál es su origen? d) ¿Qué afecta en el cuerpo? e) ¿Cómo reconoces el padecimiento? f) ¿Qué consecuencias tiene en el escolar? g) ¿Qué molestias o datos reconoces? h) ¿Cómo sabes en qué momento se complica el padecimiento?
	1.2.3 Resolución del problema de salud	<ul style="list-style-type: none"> a) Al detectar la enfermedad en tu hijo, ¿qué fue lo primero que hiciste? b) ¿Por qué lo hiciste así? c) ¿Cómo notaste la mejoría? d) Si no la hubo, ¿Qué acciones hiciste en consecuencia? e) ¿por qué fue así? f) ¿si a lo largo de tu experiencia en el cuidado de los hijos ha cambiado en algo la manera de reconocer o tratar los padecimientos respiratorios por qué sucedió? g) ¿Quién o que influyó en esto? h) ¿si a lo largo de tu experiencia en el cuidado de los hijos ha cambiado en algo la manera de reconocer o tratar los padecimientos importantes por qué sucedió? i) ¿Quién o que influyó en esto?
	1.2.4 Acciones de Prevención	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué medidas utilizas para evitar que se enfermen nuevamente? b) ¿Por qué lo haces así?
1.3 Experiencia previa con los servicios de salud en condición migratoria fuera de China	1.3.1 Eventos de enfermedad que haya requerido autoatención	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Quién padeció la enfermedad? b) ¿Qué padecimiento tuvo? c) ¿Qué acciones hiciste para resolver el padecimiento? d) ¿Qué tipo de medicina utilizaste? e) ¿Qué tipo de remedio casero usaste? f) ¿Qué tipo de cuidados en casa hiciste? g) ¿A qué personas recurrieron? h) ¿Qué obstáculos tuvieron al momento de resolver el padecimiento? i) ¿cómo lo resolvieron? j) ¿Cuánto calculas que gastaste en la atención y cuidado? k) ¿Cuánto tiempo invertiste para la atención y cuidado? l) ¿En qué momento decidiste ir al médico y quién lo decidió?
	1.3.2 Eventos de enfermedad que haya requerido atención médica	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué tipo de servicios de salud frecuentaste? b) ¿De qué forma resolvieron el padecimiento? c) ¿Qué obstáculos tuviste durante la atención médica? d) ¿Cómo fueron resueltos? e) ¿Qué experiencia te dejó el uso de los servicios de salud? f) ¿Cuánto calculas que gastaste en la atención y cuidado? g) ¿Cuánto tiempo invertiste para la atención y cuidado?
1.4 Conocimiento de recursos terapéuticos locales	1.4.1 Conocimientos sobre fármacos	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué fármacos (o medicinas) empleaste y qué dosis? b) ¿Cuándo elegiste su uso? c) ¿De dónde los obtuviste? d) ¿Quién te enseñó a usarlos? e) ¿Conoces los efectos secundarios? f) ¿Conoces otras formas de uso? g) ¿En qué momento suspendiste su uso? h) ¿cuándo combinaste su uso con otras medicinas? i) ¿Habías utilizado medicinas desconocidas para tí antes de vivir en China? j) ¿Si no habías utilizado este apoyo antes de vivir en China, por qué ahora es diferente? k) ¿Cuánto dinero gastaste en los medicamentos? l) ¿Cuánto tiempo demoraste en conseguirlos? m) ¿Qué tipo de dificultad tuviste al conseguirlos y cómo lo resolviste?

	1.4.2 Conocimientos sobre remedios caseros	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué remedios caseros empleaste y cómo los elaboraste? b) ¿Cuándo elegiste su uso? c) ¿De dónde los obtuviste? d) ¿Quién te enseñó a usarlos? e) ¿sabes si existen otras formas de uso? f) ¿sabes si tienen efectos dañinos? g) ¿En qué momento suspendiste su uso? h) ¿cuándo combinaste su uso con otras medicinas? i) ¿Habías utilizado remedios caseros desconocidos para ti antes de vivir en China? j) ¿Si no habías utilizado este apoyo antes de vivir en China, por qué ahora es diferente? k) ¿Cuánto dinero gastaste los remedios? l) ¿Cuánto tiempo demoraste en conseguirlos? m) ¿Qué tipo de dificultad tuviste al conseguirlos y cómo lo resolviste?
	1.4.3 Conocimientos sobre medicina tradicional china	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Utilizaste medicina tradicional china? b) ¿Cuándo elegiste su uso? c) ¿Qué medicinas tradicionales chinas empleaste y cómo las empleaste? d) ¿De dónde las obtuviste? e) ¿Quién te enseñó a usarlas? f) ¿Conoces los efectos secundarios? g) ¿Conoces otras formas de uso? h) ¿Qué opinas acerca de estas medicinas? i) ¿En qué momento suspendiste su uso? j) ¿cuándo combinaste su uso con otras medicinas? k) ¿Habías utilizado medicina tradicional china antes de vivir en China? l) ¿Si no habías utilizado este apoyo antes de vivir en China, por qué ahora es diferente? m) ¿Cuánto dinero gastaste en medicamentos tradicionales chinos? n) ¿Cuánto tiempo demoraste en conseguirlos? o) ¿Qué tipo de dificultad tuviste al conseguirlos y cómo lo resolviste?
1.5 Trayectoria de atención	1.5.1 Toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Quién dijo cuando el niño estaba enfermo? b) ¿Qué fue lo primero que hiciste al momento de saber que tu hijo estaba enfermo? c) ¿Quién decidió atenderlo en casa? d) ¿Quién decidió acudir con el médico y en qué momento fue? e) ¿Qué preocupaciones surgieron en ti al momento de saber que tu hijo estaba enfermo?
	1.5.2 Roles de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Quién se quedó en casa al cuidado de tu hijo enfermo? b) ¿Cómo se redistribuyeron las tareas los miembros de la familia durante la enfermedad? c) ¿Existieron conflictos derivados de esto? d) ¿cómo resolvieron los conflictos? e) ¿Cómo cooperaron los otros miembros de la familia?
	1.5.3 Acciones en casa	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué acciones realizaste en casa frente a tu hijo enfermo? b) ¿Qué modificaste tú de tu vida cotidiana? c) ¿Qué modificaron los demás de su vida cotidiana?
	1.5.4 Elección de recursos	<ul style="list-style-type: none"> a) Al momento de elegir una opción de tratamiento, ¿qué fue lo más importante para ti? b) ¿Qué recursos terapéuticos (fármacos biomédicos/medicina tradicional) usaste durante el episodio? c) ¿Por qué? d) ¿Cómo eliges cuándo y cómo usarlos? e) ¿En qué momento los combinaste? f) ¿Con qué los combinaste? g) ¿En qué momento los suspendiste? h) ¿hubo efectos secundarios? i) ¿En qué momento decidiste buscar otro tipo de ayuda? j) ¿Qué tipo de ayuda fue? k) ¿Qué persona(s) te apoyaron en la búsqueda de ayuda? l) ¿Cómo te apoyaron esas personas? m) ¿A qué institución acudiste? n) ¿Qué obstáculos encontraste durante la búsqueda de ayuda? o) ¿Cómo lo resolviste?
	1.5.5 Secuencia de la trayectoria	a) Elaboración de secuencia por tipo de instancias recorridas, en relación con la sintomatología y tratamiento empleado.
1.6 Formas de interacción frente a los servicios de	1.6.1 Empleo de intérpretes	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Si alguna vez haz utilizado intérprete para la consulta médica quién fue esa persona? b) ¿Cómo resultó su ayuda? c) ¿Si existió algún obstáculo, cuál fue? d) ¿Cómo fue resuelto? e) ¿Qué tipo de gestos y ademanes diferentes a los acostumbrados notaste con el intérprete? f) ¿Cómo te sentiste ante el comportamiento y los gestos del intérprete?

salud biomédicos y tradicionales	1.6.2 Uso de diccionarios o herramientas de traducción	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Si alguna vez utilizaste diccionario al momento de acudir a consulta médica? b) ¿Cómo resultó su uso? c) ¿Qué obstáculos presenta? d) ¿Qué facilidades presenta?
	1.6.3 Otras formas	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué otras formas de comunicación usaste con el personal de la institución de salud? b) ¿Cómo resultó su uso? c) ¿Qué tipo de gestos y ademanes diferentes a los acostumbrados notaste con el personal de salud? d) ¿Cómo te sentiste ante el comportamiento y los gestos del personal de salud?
1.7 Aceptación del diagnóstico y del tratamiento elaborados por profesionales de la salud	1.7.1 Satisfacción respecto del diagnóstico y expectativas	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Te satisfizo el diagnóstico hecho por el terapeuta? b) ¿por qué? c) ¿Cubrió tus expectativas las acciones que realizó el terapeuta? d) ¿Por qué?
	1.7.2 Desapego terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Dejaste de seguir indicaciones médicas? b) ¿Qué tipo de indicaciones eran? c) ¿Cuáles fueron las razones? d) ¿Qué consecuencias hubo? e) ¿Cómo las resolviste?
1.8 Uso de los idiomas durante la atención médica	1.8.1 Frecuencia de empleo durante la atención	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Con qué frecuencia hablas inglés durante la consulta médica? b) ¿Con qué frecuencia hablas en mandarín durante la consulta médica? c) ¿Habías utilizado otro idioma en el momento de atender la consulta médica antes de vivir en China? d) ¿Si no habías utilizado este apoyo antes de vivir en China, por qué ahora es diferente?
	1.8.2 Percepción del uso del idioma	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Cómo te sientes al tener que utilizar otro idioma diferente al español durante la consulta médica? b) ¿Cómo lo resuelves? c) ¿De acuerdo a tu opinión, cómo influyó en el diagnóstico el que tengas que comunicarte en un idioma diferente al español? d) ¿Crees que sería diferente si el idioma no fuera un obstáculo?
1.9 Uso de Nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC)	1.9.1 Conocimiento de la madre sobre internet y redes sociales electrónicas	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Has utilizado internet en relación a un problema de salud de tu hijo? b) ¿Cómo aprendiste a utilizarlo? c) ¿Cómo usaste el internet para apoyarte? d) ¿Con qué frecuencia lo haces? e) ¿Quién te lo recomendó? f) ¿Qué tan indispensable lo consideras?
	1.9.2 Percepción de la madre sobre uso de las TIC	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué ventajas tiene el usar internet para un problema de salud? b) ¿Qué dificultades tiene el usar internet para un problema de salud? c) ¿Habías utilizado este apoyo para un problema de salud antes de vivir en China? d) ¿Si no habías utilizado este apoyo antes de vivir en China, por qué ahora es diferente?
1.10 Búsqueda de apoyo de terceras personas	1.10.1 Esposo	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿En qué momento del padecimiento de tu hijo tu esposo apoyó? b) ¿El ofreció su apoyo o tú lo solicitaste? c) ¿Con qué frecuencia te apoya? d) ¿De qué forma en particular te apoyó? e) ¿Qué opinas de su apoyo? f) ¿Si no habías utilizado este apoyo antes de vivir en China, por qué ahora es diferente?
	1.10.2 Hijos	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿En algún momento has requerido del apoyo de tu hijo para la resolución de un problema de salud? b) ¿El ofreció su apoyo o tú lo solicitaste? c) ¿Con qué frecuencia te apoya? d) ¿De qué forma te apoyó? e) ¿Desde qué edad te apoya? f) ¿Cuándo comenzó a apoyarte (situación)? g) ¿De dónde crees tú que aprendió a apoyarte? h) ¿Qué piensas de esto? i) ¿Habías utilizado la ayuda de tu hijo ante un problema de salud antes de vivir en China? j) ¿Tu hijo de apoya para la resolución de otro tipo de problemas, si es así cuáles son y de qué forma lo hace? k) ¿Si no habías utilizado este apoyo antes de vivir en China, por qué ahora es diferente?
	1.10.3 Familia extensa	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué miembros de la familia extensa (tuya y de tu esposo) te brinda apoyo en caso de problema de salud en tu hijo estando en China? b) ¿Ellos ofrecieron su apoyo o tú lo solicitaste? c) ¿Con qué frecuencia te apoyan? d) ¿Cómo fue ese apoyo? e) ¿Cómo retribuiste a ese apoyo? f) ¿Qué opinas de su apoyo?

		<p>g) ¿Habías utilizado el apoyo de la familia ante un problema de salud antes de vivir en China?</p> <p>h) ¿Si no habías utilizado este apoyo antes de vivir en China, por qué ahora es diferente?</p>
1.10.4	Relación con amistades cercanas	<p>a) ¿Qué amistades o personas que consideras cercanas a ti te brindaron apoyo durante el padecimiento de tu hijo?</p> <p>b) ¿Ellos ofrecieron su apoyo o tú lo solicitaste?</p> <p>c) ¿Cómo fue ese apoyo?</p> <p>d) ¿Con qué frecuencia te apoyan?</p> <p>e) ¿Cómo les retribuiste el apoyo?</p> <p>f) ¿Qué opinas de su apoyo?</p> <p>g) ¿Habías utilizado el apoyo de tus amistades ante un problema de salud antes de vivir en China?</p> <p>h) ¿Si no habías utilizado este apoyo antes de vivir en China, por qué ahora es diferente?</p>
1.10.5	Relación con empleada doméstica "Ayi"	<p>a) ¿Cómo conociste al Ayi?</p> <p>b) ¿Cómo te comunicas con ella?</p> <p>c) ¿Qué tipo de actividades desempeña en el hogar?</p> <p>d) ¿Qué opinas de su participación en el hogar?</p> <p>e) ¿Qué obstáculos has tenido en tu relación con ella?</p> <p>f) ¿Cómo los han resuelto?</p> <p>g) ¿Cómo contribuye la Ayi en el cuidado de la salud de tu hijo?</p> <p>h) ¿Cómo es la relación de tus hijos con la Ayi?</p> <p>i) ¿Si la Ayi te ha brindado apoyo en la solución de problema de salud de tu hijo, de qué forma lo hizo?</p> <p>j) ¿Con qué frecuencia te apoya en la solución de problemas de salud?</p> <p>k) ¿Qué piensas de esto?</p> <p>l) ¿Ella ofreció su apoyo o tú lo solicitaste?</p> <p>m) ¿Si no habías utilizado este apoyo antes de vivir en China, por qué ahora es diferente?</p> <p>n) ¿Qué tipo de gestos y ademanes diferentes a los acostumbrados ves en el Ayi?</p> <p>o) ¿Cómo te sientes ante el comportamiento y los gestos de la Ayi?</p>
1.10.6	Relación con los servicios de interpretación/traducción hospitalario	<p>a) ¿En qué momento hiciste uso de un intérprete?</p> <p>b) ¿Con qué frecuencia lo haces?</p> <p>c) ¿Qué funciones realizó?</p> <p>d) ¿Qué opinas de su trabajo?</p> <p>e) ¿en qué te beneficiaron?</p> <p>f) ¿Si hubo algún obstáculo, cuál fue?</p> <p>g) ¿Cómo lo resolvieron?</p> <p>h) ¿De cuantas formas diferentes te apoyó?</p> <p>i) ¿Habías utilizado el apoyo de un intérprete ante un problema de salud antes de vivir en China?</p> <p>j) ¿Si no habías utilizado este apoyo antes de vivir en China, por qué ahora es diferente?</p> <p>k) ¿Qué tipo de gestos y ademanes diferentes a los acostumbrados notaste con el intérprete?</p> <p>l) ¿Cómo te sentiste ante el comportamiento y los gestos del intérprete?</p> <p>m) ¿Cuánto tiempo te demoró encontrar un intérprete?</p> <p>n) ¿Cuál fue el costo de utilizar un intérprete?</p>
1.10.7	Relación con diversos miembros de la comunidad: A) la comunidad mexicana, B) la comunidad expatriados C) la comunidad china	<p>Aa) ¿De qué forma colaboraron otros mexicanos residentes de Beijing durante el padecimiento de tu hijo?</p> <p>Ab) ¿Quiénes son?</p> <p>Ac) ¿Ellos ofrecieron su apoyo o tú lo solicitaste?</p> <p>Ad) ¿Con qué frecuencia lo hacen?</p> <p>Ae) ¿Cómo les retribuiste su ayuda?</p> <p>Af) ¿En qué espacios interactuaron?</p> <p>Ag) ¿Qué piensas de su colaboración?</p> <p>Ba) ¿De qué forma colaboraron expatriados residentes de Beijing durante el padecimiento de tu hijo?</p> <p>Bb) ¿Quiénes son?</p> <p>Bc) ¿Ellos ofrecieron su apoyo o tú lo solicitaste?</p> <p>Bd) ¿Con qué frecuencia?</p> <p>Be) ¿Cómo les retribuiste su ayuda?</p> <p>Bf) ¿En qué espacios interactuaron?</p> <p>Bg) ¿Qué piensas de su colaboración?</p> <p>Ca) ¿De qué forma colaboraron los chinos durante el padecimiento de tu hijo?</p> <p>Cb) ¿Quiénes son?</p> <p>Cc) ¿Ellos ofrecieron su apoyo o tú lo solicitaste?</p> <p>Cd) ¿Con qué frecuencia?</p> <p>Ce) ¿Cómo les retribuiste su ayuda?</p> <p>Cf) ¿En qué espacios interactuaron?</p> <p>Cg) ¿Qué piensas de su colaboración?</p>
1.10.8	Otras personas	<p>a) ¿Si hubo otras personas que apoyaron durante el padecimiento de tu hijo, quiénes son?</p> <p>b) ¿Qué tipo de apoyo te dieron?</p> <p>c) ¿Ellos ofrecieron su apoyo o tú lo solicitaste?</p> <p>d) ¿Con qué frecuencia te apoyan?</p> <p>e) ¿Cómo les retribuiste el apoyo?</p> <p>f) ¿Qué opinas de su apoyo?</p>

		g) ¿Habías utilizado el apoyo de esta persona ante un problema de salud antes de vivir en China? h) ¿Si no habías utilizado este apoyo antes de vivir en China, por qué ahora es diferente?	
2.1. Conocimiento materno sobre las instituciones de salud biomédicas y servicios de medicina tradicional china	2.1.A Instituciones Biomédicas	2.1.A.1. Estructura de la atención primaria pediátrica	a) ¿Con qué frecuencia al año acudes al servicio de pediatría? b) ¿Por qué elegiste la institución? c) ¿Quiénes lo atienden? d) ¿Cuál es el procedimiento para obtener la consulta tienes que seguir? e) ¿Qué diferencia notas con respecto al servicio tradicional chino? f) ¿Qué diferencia notas con respecto al servicio pediátrico de México?
		2.1.A.2. Oferta del lenguaje español	a) ¿Existe información escrita, visual sobre la atención médica y los servicios que se ofrecen? b) ¿Existe intérprete que hable en español? c) ¿Qué opinas de la carencia de material de apoyo para la consulta en español? d) ¿Qué otros elementos sabes que existen para la facilidad del lenguaje durante el uso de las instituciones? e) ¿Cómo lo resuelves?
		2.1.A.3. Principales Barreras de acceso	a) ¿Qué actitudes del personal de salud representan una barrera para obtener el servicio médico? b) ¿Cómo lo resuelves? c) ¿Qué elementos externos al personal de salud obstaculizan para obtener el servicio médico? d) ¿Cómo lo resuelves? e) ¿Qué tipo de gestos y ademanes diferentes a los acostumbrados notaste con el personal de salud? f) ¿Cómo te sentiste ante el comportamiento y los gestos del personal de salud?
	2.1.B Instituciones MTC	2.1.B.1. Estructura de la atención primaria pediátrica	a) ¿Con qué frecuencia acudes al año al servicio de pediatría? b) ¿Por qué elegiste la institución? c) ¿Quiénes lo atienden? d) ¿Cuál es el procedimiento para obtener la consulta tienes que seguir? e) ¿Qué diferencia notas con respecto al servicio en México? f) ¿Cómo lo resuelves?
		2.1.B.2. Oferta del lenguaje español	a) ¿Existe información escrita, visual sobre la atención médica y los servicios que se ofrecen? b) ¿Existe intérprete que hable en español? c) ¿Qué opinas de la carencia de material o ayuda en español? d) ¿Qué otros elementos sabes que existen para la facilidad del lenguaje durante el uso de las instituciones?
		2.1.B.3. Principales Barreras de acceso	a) ¿El personal de salud te ha representado una barrera para obtener el servicio médico? b) ¿Cómo lo resuelves? c) ¿Qué otros elementos del personal de salud han obstaculizado en el servicio médico? d) ¿Cómo lo resuelves? e) ¿Qué tipo de gestos y ademanes diferentes a los acostumbrados notaste con el personal de salud? f) ¿Cómo te sentiste ante el comportamiento y los gestos del personal de salud?
	2.2. Percepción de la madre sobre las instituciones de salud biomédicas y servicios de medicina tradicional china	2.2.1 Marcos éticos	a) ¿Te han explicado en algún momento cuáles son los marcos o valores éticos de la institución de salud? b) ¿Cómo y quién los transmite? c) ¿Qué opinas de ello? d) ¿Qué idioma(s) utilizan?
		2.2.2 Reglamentos	a) ¿Te han explicado en algún momento cuáles son los reglamentos de la institución de salud? b) ¿Cómo y quién los transmite? c) ¿Qué idioma(s) utilizan? d) ¿Qué opinas de ello?
		2.2.3 Discriminación	a) ¿Si alguna vez sufrieron discriminación tu o algún miembro de la familia, cómo sucedió? b) ¿De qué tipo fue? c) ¿Cómo lo resolviste?
		2.2.4 Calidad y satisfacción de la	a) ¿Qué opinas de la calidad de atención de los terapeutas a los que acudes? b) ¿Qué opinas de la calidad de la atención de los servidores de salud? c) ¿Qué tiene que haber para contar con una buena calidad en el personal?

	atención	d) ¿Qué tiene que haber para contar con una buena calidad en la institución?
2.3.Percepción de la madre con respecto a la relación médico-paciente	2.3.1 Países de procedencia de médicos	a) ¿De qué nacionalidad(es) han sido los médicos tratantes? b) ¿Cómo fue el trato con cada uno? c) ¿Qué elementos te parecieron importantes durante la relación? d) ¿Qué problemas tuviste con cada uno de ellos? e) ¿Cómo los resolviste? f) ¿Qué médico te agradó más y por qué? g) ¿Qué diferencias notas durante la atención respecto a los médicos mexicanos? h) ¿Qué tipo de gestos y ademanes diferentes a los acostumbrados notaste con el médico? i) ¿Cómo te sentiste ante el comportamiento y los gestos del médico?
	2.3.2 Valores Médicos percibidos por las madres	a) ¿Qué valores éticos existentes en el médico son importantes para ti? b) ¿Los médicos que has consultado se comportan con estos valores éticos? c) ¿Cómo lo manifiestan? d) ¿Qué opinas al respecto?
	2.3.3 Criterios de preferencia para la selección del terapeuta	a) ¿Qué elementos consideras importantes al momento de elegir un terapeuta? b) ¿Por qué? c) ¿Cómo descartas a un terapeuta? d) ¿Por qué? e) ¿Cuál es el médico que ha tratado más a tu hijo? f) ¿Por qué?
	2.3.4 Comunicación con el personal	a) ¿Has tenido problemas de comunicación verbal con el terapeuta? b) ¿De qué tipo? c) ¿Cómo lo resolviste? d) ¿Has tenido problemas de comunicación no verbal (gestos, ademanes) con el terapeuta? e) ¿De qué tipo? f) ¿Cómo lo resolviste?
	2.3.5 Respeto a las creencias maternas en torno a la salud del escolar	a) ¿Durante el padecimiento de tu hijo, platicaste con el médico sobre lo que tu sabes del reconocimiento y del cuidado de la enfermedad? b) ¿Qué fue lo que le comentaste y para qué? c) ¿Cómo lo tomó el médico? d) ¿Qué opinas de su reacción? e) ¿Cómo manifestó el médico el respeto o el desacuerdo por lo que tu sabes?
	2.3.6 Relación médico paciente durante el espacio clínico	a) ¿De qué forma te relacionaste con el médico durante consulta? b) ¿Qué actitud tomó el médico frente a ti? c) ¿Cómo te sentiste con la actitud del médico? d) ¿Qué te hizo sentir incomoda? e) ¿Qué te hizo sentir cómoda? f) ¿El médico te dio espacio suficiente para hablar? g) ¿Percibes que el médico te escuchó mientras hablabas? h) ¿Qué acciones realizó el/ella mientras hablabas? i) ¿El lenguaje que utilizó el médico es comprensible? j) ¿Si el médico utilizó gestos o ademanes que te ayudaran a comprender mejor el diálogo cuáles fueron? k) ¿Quién habló la mayor parte de la consulta? l) ¿Cómo resolviste tus dudas? m) ¿Si diferiste con el médico, por qué fue y cómo lo resolvieron?
	2.3.7 Prescripciones o recomendaciones no farmacológicas adecuadas para los escolares mexicanos	a) ¿Además de los fármacos, qué otras recomendaciones te dio el médico durante la consulta? b) ¿Qué alimentación te recomendó? c) ¿Qué aconsejó respecto a dudas, temores, preocupaciones? d) ¿Qué opinas de lo que te prescribió? e) ¿Crees que fue adecuado para la solución de la enfermedad?
2.4.Percepción de la madre con respecto a los fármacos locales	2.4.1 Obtención del fármaco	a) ¿Qué medicinas conoces que son de venta libre (OTC)? b) ¿Qué medicinas conoces que requieren de receta médica? c) ¿Cómo adquieres tus medicinas? d) ¿Qué tipo de limitaciones encuentras en la farmacia? e) ¿Qué tipo de limitaciones encuentras en el hospital? f) ¿Cómo lo resuelves? g) ¿Cuánto tiempo demoras en conseguirlas? h) ¿Qué opinas del costo?

	2.4.2 Uso de fármacos locales	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué ventajas observas del uso de medicinas locales de origen chino? b) ¿Qué desventajas observas del uso de medicinas locales de origen chino? c) ¿Cómo resuelves las desventajas? d) ¿Cuánto tiempo demoras en conseguirlas? e) ¿Qué opinas del costo?
2.5. Accesibilidad para el seguimiento médico y comunicación directa con el terapeuta responsable	2.5.A Instituciones Biomédicas	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Una vez que terminó la consulta con el médico, qué sucedió con el seguimiento de tu hijo enfermo? b) ¿Qué tipo de compromiso tomó el médico contigo? c) ¿Si requeriste de una revaloración o revisión del enfermo, qué hiciste? d) ¿Qué hizo la institución respecto a las consultas siguientes? e) ¿Qué tipo de limitaciones existieron respecto al seguimiento del enfermo? f) ¿Cómo lo resolviste? g) ¿De qué forma te contactaste con el médico tratante? h) ¿Qué limitaciones de contacto con el médico tratante existieron? i) ¿Cómo lo resolviste?
	2.5.B Instituciones MTC	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Una vez que terminó la consulta con el médico, qué sucedió con el seguimiento de tu hijo enfermo? b) ¿Qué tipo de compromiso tomó el médico contigo? c) ¿Si requeriste de una revaloración o revisión del enfermo, qué hiciste? d) ¿Qué hizo la institución respecto a las consultas siguientes? e) ¿Qué tipo de limitaciones existieron respecto al seguimiento del enfermo? f) ¿Cómo lo resolviste? g) ¿De qué forma te contactaste con el médico tratante? h) ¿Qué limitaciones de contacto con el médico tratante existieron? i) ¿Cómo lo resolviste?
2.6. Accesibilidad geográfica de los servicios locales	2.6.A. Instituciones Biomédicas	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Cuánto tiempo demoraste en acudir a la institución en caso de urgencia? b) ¿Cuánto tiempo demoraste en acudir a la institución en caso de consulta? c) ¿Qué medios de traslado utilizaste para acudir a la institución? d) ¿Existió algún obstáculo para llegar al hospital, cuál fue? e) ¿Cómo lo resolviste?
	2.6.B. Instituciones MTC	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Cuánto tiempo demoraste en acudir a la institución en caso de urgencia? b) ¿Cuánto tiempo demoraste en acudir a la institución en caso de consulta? c) ¿Qué medios de traslado utilizaste para acudir a la institución? d) ¿Existió algún obstáculo para llegar al hospital, cuál fue? e) ¿Cómo lo resolviste?
2.7. Accesibilidad financiera de los servicios locales	2.7.A. Instituciones Biomédicas	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué costos cubre el seguro médico? b) ¿Cómo es el proceso de cobertura? c) ¿Qué opinas del seguro médico? d) ¿Qué costos cubren ustedes como familia? e) ¿Por qué? f) ¿Qué impacto tiene esto en el hogar?
	2.7.B. Instituciones MTC	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué costos cubre el seguro médico? b) ¿Cómo es el proceso de cobertura? c) ¿Qué opinas del seguro médico? d) ¿Qué costos cubren ustedes como familia? e) ¿Por qué? f) ¿Qué impacto tiene esto en el hogar?
2.8. Existencia de servicios de intérprete institucional biomédico		<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Cómo conociste al intérprete? b) ¿De qué forma te relacionas con el intérprete durante consulta? c) ¿Qué actitud toma? d) ¿Cómo te sientes con su actitud? e) ¿Te es de ayuda? f) ¿Qué opinas de su intervención frente al médico? g) ¿Cómo resuelve tus dudas? h) ¿Si haz diferido con el/ella, por qué fue y cómo lo resolvieron? i) ¿En qué otros momentos te ha asistido? j) ¿Cómo percibes su labor como intérprete? k) ¿Qué costo tiene el uso? l) ¿En qué espacios interactúan? m) ¿Cuánto tiempo demoras en conseguirlo?
3.1 Perfil familiar	3.1.1 Lugar de procedencia	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿De qué ciudad eres originaria? b) ¿De qué ciudad es originario tu esposo?

	3.1.2	a) ¿Grado máximo de tus estudios cursados? b) ¿Tipo de tus estudios cursados? c) ¿Grado máximo de los estudios cursados de tu esposo? d) ¿Tipo de estudios cursados de tu esposo?		
	Nivel escolaridad			
	3.1.3	a) ¿Qué tipo de religión profesan? b) ¿De qué forma inculcan la religión en los hijos? c) ¿Cómo viven la religión en China? d) ¿Qué opinas de esto?		
	Religión			
3.2 Perfil materno-infantil	3.2.1	a) ¿Número de embarazos? b) ¿Algún evento de gravedad durante el embarazo? c) ¿Cómo se resolvió el problema durante el embarazo? d) ¿Principales fuentes de apoyo durante el embarazo?		
	Antecedentes obstétricos			
	3.2.2	a) ¿Quién colaboró de forma directa en la crianza de tu hijo? b) ¿Cómo aprendiste a criar a tus hijos? c) ¿Qué sucesos han marcado tu papel de madre? d) ¿Qué obstáculos encontraste al momento de criarlos? e) ¿Cómo te percibes como madre que cura a su hijo enfermo? f) ¿Cómo te sientes al momento de resolver un problema de salud de tu hijo? g) ¿En quién o en qué sientes mayor apoyo ante el problema de salud?		
	Experiencia de crianza			
3.3 Conformación de la familia	3.3.1	a) ¿Cuánto tiempo llevan de matrimonio? b) ¿Cómo fue que llegaron a conformar su familia? c) ¿Qué opinión tienen los suegros de la familia que han formado ustedes? d) ¿Quién toma la mayor parte de las decisiones importantes en el matrimonio? e) ¿Por qué esto es así? f) ¿Quién decide el cuidado del hijo o hija al momento de enfermar por qué? g) ¿Qué conflictos ha derivado de esta toma de decisiones? h) ¿Cómo te percibes a tí misma de ser la acompañante de tu esposo en la migración?		
	Toma de decisiones			
	3.3.2	a) ¿Qué miembros forman parte de tu familia? b) ¿Cómo vivió cada miembro el cambio a China? c) ¿A qué otros miembros consideras parte esencial de tu familia? d) ¿Por qué?		
	Miembros de la familia			
	3.3.3	a) ¿A qué edad llegaron tus hijos a China? b) ¿Cuál fue el mayor obstáculo para ellos? c) ¿Cómo lo resolvieron? d) ¿Actualmente qué grado escolar cursan? e) ¿Cómo se llama la escuela y qué sistema de educación emplea? f) ¿En qué idioma son sus clases? g) ¿En qué idioma hablan con sus amigos y compañeros de escuela? h) ¿Qué ventajas de su nueva escuela comparando con la escuela en mexicana observas? i) ¿Qué desventajas de su nueva escuela comparando con la escuela mexicana observas? j) ¿Cómo se siente tu hijo en la escuela?		
	Hijos			
3.4 Economía familiar	3.4.1	a) Ingreso mensual USD b) Egreso mensual USD		
	Montos			
	3.4.2			
	Distribución de Gastos			
		Concepto de gasto:	Gasto mensual promedio (en dólares)	
		Alimentación		
		Transporte (gasolina, automóvil)		
		Servicios (calefacción, luz, gas)		
		Educación (colegiaturas, cursos)		
		Salud (medicinas, consultas no cubiertas por el seguro)		
		Seguro de gastos médicos		
		Vestido		

		Esparcimiento (fiestas, paseos)	
		Viajes a México	
		Mobiliario	
		Gastos de empleada doméstica "Ayi"	
		Gastos de Chofer	
		Renta de casa/departamento	
		Otros gastos y especificar cuáles	
3.5 Seguro médico	3.5.1 Tipo y cobertura de seguro médico	a) ¿Qué nombre de aseguradora tienes? b) ¿Qué enfermedades cubre? c) ¿Cuántas veces por año lo utilizan?	
	3.5.2 Limitaciones de uso del seguro médico	a) ¿Existen términos y condiciones específicos que limiten el uso del seguro que conozcas? b) ¿Qué tipo de problema han tenido con el seguro?	
	3.5.3 Costos del seguro médico	a) ¿Cuál es el costo por los servicios que ofrece? b) ¿Quién cubre los costos por el pago del seguro?	
3.6 Condiciones de vida	3.6.1 Condiciones materiales de vivienda	a) ¿Cómo eligieron la casa donde vive? b) ¿Qué servicios son limitados y por qué? c) ¿Qué ventajas ofrece? d) ¿Qué desventajas ofrece? e) ¿Qué diferencias encuentras respecto a una casa mexicana? f) ¿Qué opinas de esto?	
	3.6.2 Tipo y uso de transporte	a) ¿Qué tipo de transporte utilizan con mayor frecuencia? b) ¿Qué ventajas ofrece? c) ¿Qué desventajas ofrece? d) ¿Qué diferencias encuentras respecto a México? e) ¿Qué opinas de esto?	
	3.6.3 Percepción de condiciones generales de vida	a) ¿En tu opinión, existe algún inconveniente del lugar donde viven? b) ¿Cómo lo resuelven? c) ¿Qué contraste en general encuentras respecto a la forma de vida en México? d) ¿Por qué es así?	
3.7 Espacios sociales	3.7.1 Embajada mexicana	a) ¿Con qué frecuencia acudes a este lugar? b) En qué situaciones haz acudido a este lugar? c) Si ha requerido apoyo de algún tipo, ¿qué fue lo que recibió como ayuda? d) ¿Qué personas le brindaron dicho apoyo? e) ¿Qué opinión tienes acerca de este lugar?	
	3.7.2 Iglesia	a) ¿Con qué frecuencia acudes a este lugar? b) ¿En qué situaciones haz acudido a este lugar? c) Si ha requerido apoyo de algún tipo, ¿qué fue lo que recibió como ayuda? d) ¿Qué personas le brindaron dicho apoyo? e) ¿Qué opinión tienes acerca de este lugar?	
	3.7.3 Otros espacios	a) ¿Qué otro tipo de lugares visitas con frecuencia? b) ¿Qué actividades realizas en esos lugares? c) Si ha requerido apoyo de algún tipo, ¿qué fue lo que recibió como ayuda? d) ¿Qué personas le brindaron dicho apoyo? e) ¿Qué opinión tienes acerca de este lugar?	
3.8 Manejo de Idiomas inglés y mandarín	3.8.1 Lugar del aprendizaje del idioma	a) ¿En dónde aprendiste el inglés? b) ¿En dónde aprendiste el mandarín?	
	3.8.2 Tiempo de estudio del idioma	a) ¿Cuánto tiempo has estudiado el inglés? b) ¿Cuánto tiempo has estudiado el mandarín?	
	3.8.3 Percepción del uso del idioma durante	a) ¿Qué opinas de hablar inglés en China? b) ¿Qué opinas de hablar mandarín? c) ¿Qué utilidad encuentras al usar cada uno de estos idiomas?	

	la vida cotidiana	<ul style="list-style-type: none"> d) ¿Qué dificultades encuentras? e) ¿Cómo las resuelves? f) ¿Cómo es tu relación con el maestro? g) ¿Qué dificultades encuentras y cómo las resuelves? h) ¿Qué tipo de gestos y ademanes diferentes a los acostumbrados notaste con el maestro? i) ¿Cómo te sentiste ante el comportamiento y los gestos del maestro?
3.9 Experiencia migratoria previa	3.9.1 Condiciones de partida	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Quién decidió partir de México? b) ¿Qué motivó a hacerlo? c) ¿Qué sentimientos tenías al dejar México? d) ¿Qué impacto tuvo la partida en la familia?
	3.9.2 Trayectoria migratoria	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿En qué ciudad y país viviste? ¿por cuánto tiempo? b) ¿Qué ventajas observaron con el cambio? c) ¿Qué desventajas observaron con el cambio? d) ¿Cómo resolviste las desventajas? e) ¿Qué personas fueron apoyo durante esta etapa? f) ¿Cómo contribuyeron estas personas al apoyo? g) ¿Qué te facilitó la estancia en la ciudad? h) ¿Qué obstáculos enfrentaron en la ciudad? i) ¿Cómo los resolvieron? j) ¿Qué tipo de actividades realizaste? k) ¿Qué experiencia principal te dejó esta vivencia? l) ¿Cómo te contactabas con la familia extensa y qué tan frecuente era el contacto? m) ¿Existe algo o alguien que te (les) mantiene en contacto con el país actualmente? n) ¿Por qué salieron del país? o) ¿A dónde migraron? p) ¿Quién tomó la decisión? q) ¿Qué impacto en la familia tuvo esta decisión de partir?
	3.9.3 Adquisición de hábitos relacionados al cuidado de la salud	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué cosas nuevas respecto al cuidado de la salud de tu hijo aprendiste durante tu residencia fuera de México? b) ¿Qué cosas que ya sabías respecto al cuidado de la salud de tu hijo modificaste durante tu residencia fuera de México? c) ¿Por qué las cambiaste? d) ¿Quién te lo enseñó? e) ¿Enumera al menos tres cosas que te hayan parecido más interesantes con respecto a costumbres de cuidado de la salud en los países que has vivido? f) ¿Estas tres cosas las practicas en tu hogar, por qué?
3.10 Trayecto de migración a China	3.10.1 Razones de migrar	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué razones tuvieron para migrar a China? b) ¿Quién tomó la decisión? c) ¿Cómo reaccionaste con la decisión de migrar a China? d) ¿Cómo reaccionaron los hijos ante el plan?
	3.10.2 Preconcepción	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué referencias tenías del país de China antes de migrar? b) ¿De dónde obtuviste la información? c) ¿Cómo planearon la migración a China? d) ¿Quién o quiénes apoyaron durante la migración? e) ¿De qué forma apoyaron? f) ¿Qué perspectiva del país cambió al arribar? g) ¿Por qué?
	3.10.3 Instalación	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Cómo se establecieron en China? b) ¿Qué prioridades tuviste al momento de llegar a China? c) ¿Cómo eligieron casa? d) ¿Cómo eligieron escuela? e) ¿Cómo supieron utilizar el transporte? f) ¿Cómo utilizaron los servicios generales? g) ¿Cuánto tiempo llevan viviendo en China?

	3.10.4 Obstáculos y facilidades	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué tipo de dificultades tuvieron al inicio de su estancia en China? b) ¿Cómo los resolvieron? c) ¿Qué actitudes personales tomaste para enfrentar la resolución de problemas en la vida cotidiana? d) ¿Quién ayudó en la instalación de la familia? e) ¿De qué forma colaboró? f) ¿Cuáles han sido las ventajas al vivir en China? g) ¿Quién ha contribuido en ello? h) ¿Qué actitudes has tomado frente a esto? i) ¿Qué actitudes toma la familia al respecto?
	3.10.5 Percepción cultural	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué es lo que más te llama la atención de las costumbres chinas? b) ¿Por qué? c) ¿Qué te llama la atención de la forma de relación o comportamiento entre las personas de China? d) ¿Por qué? e) ¿Qué te genera estrés de la cultura china? f) ¿Cómo lo resuelves?
3.11 Adaptación familiar durante la migración a China	3.11.1 Conocimientos y prácticas de la madre para la organización y adaptación familiar en la trayectoria migratoria	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Cómo organizaste el hogar? b) ¿Qué problemas tuviste al organizar el nuevo hogar? c) ¿Qué o quién te ayudó a la resolución de dichos problemas? d) ¿Qué acciones realizaste para organizar tu familia en el nuevo lugar de residencia? e) ¿Qué preocupaciones existían en torno a la adaptación al lugar?
	3.11.2 Prioridades de bienestar	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué tomas como prioridades para el bienestar de tu familia durante la migración? b) ¿Qué acciones realizaste para hacer sentir a tu familia cómoda y segura al llegar? c) ¿Actualmente qué acciones realizas para hacer sentir a tu familia cómoda y segura? d) ¿Quién te apoya en esto? e) ¿Tu solicitas la ayuda o te la ofrece? f) ¿De qué forma lo hace?
	3.11.3 Tipo de participación de cada miembro en la adaptación familiar en la trayectoria migratoria	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Cómo reaccionó la familia con el cambio? b) ¿Si hubo problemas de adaptación, cuáles fueron y cómo se resolvieron? c) ¿Cómo participó tu pareja/esposo para la adaptación en el nuevo lugar de residencia? d) ¿Cómo participaron tu(s) hijo(s) para la adaptación en el nuevo lugar de residencia? e) ¿Cómo participaste en tu integración en el lugar de residencia?
3.12 Formas de relación y extensión de recursos de las familias mexicanas fuera de las fronteras geopolíticas de China	3.12.1 Relación con la familia extensa	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué miembros de la familia extensa (tuya o de tu esposo) mantienen mayor contacto con ustedes? b) ¿con qué frecuencia los contactan? c) ¿qué herramientas usan para el contacto? d) ¿Qué dificultades se les presentan al momento del contacto? e) ¿cómo las resuelven? f) ¿cuáles son las razones del contacto? g) ¿En qué país viven estos miembros de familia?
	3.12.2 Extensión de recursos de las familias	<ul style="list-style-type: none"> a) ¿Qué miembros de la familia extensa (tuya y de tu esposo) les brindan apoyo? b) ¿Qué tipo de apoyo reciben? c) ¿Qué opinas de ese apoyo? d) ¿Cómo retribuyen ustedes a ese apoyo? e) ¿A qué miembros de la familia extensa (tuya y de tu esposo) ustedes les brindan apoyo? f) ¿Qué tipo de apoyo ofrecen ustedes? g) ¿Cómo se les retribuye? h) ¿Qué piensas del apoyo que ustedes les dan?

Anexo 3: Carta consentimiento



Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Ericka Orozco Saul, alumna de posgrado de Antropología en Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México. La meta de este estudio es obtener información referente a proceso de migración internacional, salud y cuidados infantiles desde el ámbito doméstico.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará varias horas, distribuidas durante los meses de enero, febrero, junio, julio, agosto, noviembre de 2012 y enero, febrero, marzo y abril de 2013. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará en caso de ser necesario, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado durante el encuentro.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los archivos con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ahora le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Ericka Orozco Saul. He sido informada de que la meta de este estudio es obtener información referente a proceso de migración internacional, salud y cuidados infantiles desde el ámbito doméstico.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará varias horas durante algunos meses de 2012 y 2013.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____ email _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono y email anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(En letras de imprenta)

Bibliografía

- Alarcón, Ana M. & Vidal, Aldo, 2003. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*, Vol. 131, pp1061-1065.
- Almaguer, José Alejandro, 2009. *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. SSA, segunda edición. Págs. 8-9.
- Arias, Patricia & Durand, Jorge, 2010. Visiones y versiones pioneras de la migración mexicana. Manuel Gamio, Robert Redfield y Paul S. Taylor. *H Mex*, LXI:2. pp.589.
- Barranquero, Alejandro, 2012. *Comunicación alternativa y comunicación para el cambio social democrático: sujetos y objetos invisibles en la enseñanza de las teorías de la comunicación*. Teorías y métodos de investigación en comunicación, Congreso Internacional Comunicación y desarrollo en la era digital. España. pp 1-15.
- Bauböck & Faist, 1990. *Diaspora and transnationalism. Concepts, theories and methods*, IMISCOE Research, Amsterdam University Press, pp. 50-80.
- Belausteguigoitia, Marisa, 2003. Reseña de La infancia de la inmigración, en Carola Suárez-Orozco y Marcelo M. Suárez-Orozco. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, año/vol. 5 núm 002 Universidad Autónoma de Baja California, Ensenada México. Pp.137-142.
- Benítez, José Luis, 2011. *La comunicación transnacional de las e-familias migrantes*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA) San Salvador.
- Berenzon-Gorn, Shoshana, Emily Ito-Sugiyama & Vargas Guadarrama L.A., 2006. Enfermedades y padeceres por los que se recurre a terapeutas tradicionales de la Ciudad de México. *Salud Pública*, Vol. 48(1) pp.45-46.
- Bestard, Joan, 1998. *En Familias mexicanas en transición. Unas miradas antropológicas*. David Robichaux, compilador. Universidad Iberoamericana, Editorial Oak 2007. pp 399.
- Bischoff, Alexander & Loutan, Louis, 2008. *Other words, other meanings. A guide to health care interpreting in international settings*. Hopitaux Universitaires de Geneve, Switzerland. pp.200-201.

- Borisovna, Ludmila, 2002. *Vivir un espacio. Movilidad geográfica de una población*, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades BUAP, pp 33.
- Bhugra, D., Lloyd, K. et al, 1998. Common mental disorder, explanatory models and consultation behaviour among Indian women living in the UK. *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol 91, pp 66–71.
- Bredart Anne, Bouleuc, Carole & Dolbeault, Sylvie, 2005. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncology* 17:351—354.
- Burbinski B, Nasser M. 1990. Reflexiones acerca de las relaciones médico-paciente. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 97(11), pp. 43-46.
- Campos-Navarro, Roberto & Ruiz-Llanos Adriana, 2001. Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España, *Gaceta Médica de México*, 137(6), pp.603.
- Canales, Alejandro & Zlolniski, Christian, 2000. "Comunidades Transnacionales y migración en la era de globalización". Ponencia Presentada en el Simposio sobre Migración Internacional en las Américas, San José Costa Rica.
- Cervantes Rangel, Jaime, 2006. Discurso "Estrategias en Salud" Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM.
- CEPAL-UNICEF, 2010. Boletín Desafíos- Sobre la infancia y adolescencia en el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. ISSN 1816-7535. Pp 1-12.
- Clifford, James, 1994. Diásporas, en: Golubov, Nattie (Editora) *Diásporas, reflexiones teóricas*. CISAN, UNAM, 2011. Pp. 85-126.
- Cohen, Robin, 1977. *Global Diasporas, An introduction*. UCL Press, xii+228 pp. 26.
- Connor, Walter, 1988. The impact of Homelands Upon Diasporas, en: Golubov, Nattie (Editora) *Diásporas, reflexiones teóricas*. CISAN, UNAM, 2011. pp.244
- Courtis, Corina & Pacecca, María Inés, 2010. "Género y trayectoria migratoria: mujeres migrantes y trabajo doméstico en el Área Metropolitana de Buenos Aires". *Papeles de Población*, Vol. 16, Núm. 63, enero-marzo, pp. 155-185.
- Mike Donaldson & Richard Howson, 2009. *Men, Migration and Hegemonic masculinity*, Australia, Universidad de Wollongong. pp 15.

- Donato, Katharine M. 1992. Understanding U.S. Migration: Why some Countries Send Women and Others Send Men, en Donna Gabaccia (comp.), *Seeking Common Ground: Multidisciplinary Studies of Immigrant Women in the United States*, Westport (Connecticut), Greenwood Press (Contributions in Women's Studies, 129), pp. 159-184.
- Duque & Pastrana, 1973. En: Nuevas Estrategias Familiares de Trabajo en Sectores Medios de la Ciudad de México. José Guadalupe Rivera González. *Revista Convergencia Ciencias Sociales*, Núm. 39, septiembre-diciembre 2005. ISSSN 1405-1435 UAEM, México. pp. 154.
- Fábrega Horacio, 1988. *The ethnography of illness*, Social Science and Medicine 13A 1979, pp. 565-576.
- Fernández, Pablo, 2005. Aprioris para una psicología de la cultura, *Athenea Digital*, núm. 7. pp. 5
- Fitzpatrick, Roy, 1989. *La enfermedad como experiencia*, Fondo de Cultura Económica, pp.29-49.
- Fontana, Daniel, 2005. *Plan Nacional de Sangre, Argentina*. Segunda Edición, República de Argentina, pp. 25.
- Foucault, Michel, 1963. *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires, Siglo veintiuno editores, pp.272.
- Frenk, Julio, M.E. Garnica, M. Zambrana, M. Bronfman y J.L. Bobadilla, 1987. Migración y salud: notas sobre un campo interdisciplinario de investigación, *Salud Pública de México* 29 (4), pp. 277.
- García Canclini, Néstor, 2007. De cómo la interculturalidad global debilita al relativismo. Publicado en Giglia, Ángela, Carlos Garma y Ana Paula de Teresa, compiladores, *¿A dónde va la antropología?*, Universidad Autónoma Metropolitana, México D.F.
- Gartly, Jaco, 1982. *Pacientes, médicos y enfermedades*. IMSS, México.
- Girón M., & Beviá B., 2002. La calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: Un estudio de grupos focales. *Rev. Esp. Salud Pública*; sep. Octubre, Núm. 5 ,76 pp.561-575 .
- Good, Byron, 1994. *Medicina, Racionalidad y experiencia, una perspectiva antropológica*. Ediciones Bellaterra, pp. 169-200.

- Gauderman WJ, Urman R, Avol E, Berhane K, McConnell R, Rappaport E, Chang R, Lurmann F, Gilliland F., 2015. Association of improved air quality with lung development in children. *New England Journal of Medicine*. Mar 5; 372(10) pp.905-13.
- Haro, Jesús Armando, 2006. *Migración y salud pública: aportes de investigación*. Programa de Salud y Sociedad, LX Reunión anual de la sociedad mexicana de salud pública AC. Boca del rio Veracruz.
- Helman C.G.,1994. *Culture, Health and Illness*. Butterworth-Heinemann. Oxford.
- Hondagneu, S., 1994. Efectos de la migración femenina hacia Estados Unidos: una perspectiva de género. en Germán Vega Briones, *Migración a Estados Unidos. Revista académica del CISAN-UNAM*.
- Hui, Edwin C.,2010. The Contemporary Healthcare Crisis in China and the Role of Medical Professionalism, *Journal of Medicine and Philosophy*, 35 pp.477–492.
- Ibacache, Jaime, Oyarce, Ana M.,1996.*Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. Hacia una política Nacional Intercultural*. Documento de Trabajo, Organización Panamericana de la Salud. pp.49-60.
- Irazuzta, Ignacio, 2005. *Más allá de la migración: El movimiento teórico hacia la diáspora*. Ex libris pp. 22.
- Jens Leth Hougaard, Lars Peter Østerdal and Yi Yu, 2008. The Chinese Health Care System: Structure, Problems and Challenges, en *Discussion Papers, Department of Economics University of Copenhagen* ISSN: 1601-2461 pp. 08-01.
- Jodelet Denise,1984. La representación social: fenómenos conceptos y teoría, en *Psicología social II, Pensamiento y Vida Social*, S. Moscovici, Paidós. México, pp. 469-494.
- Kemper, Robert,1977. *En: Familias mexicanas en transición. Unas miradas antropológicas*. David Robichaux, compilador. Universidad Iberoamericana, Editorial Oak 2007.pp 399.
- Kleinman Arthur,1988. *The Illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. New York, Basic books.
- Liwisky Norberto y Santos Villareal, 2009. *Migraciones de niñas, niños y adolescentes bajo el enfoque de derechos*. Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes. Organismo Especializado de la OEA.

- Maglio, Francisco, 2008. *La dignidad del otro*. Ed. del Zorzal, Buenos Aires Argentina.
- Mármora, Lelio, 2002. *Las políticas de migraciones internacionales*, Ed. Paidós, Argentina. pp.45.
- Martin, Susan F., 2001. Global migration trends and asilum, *The journal of humanitarian assistance*, working paper núm. 41.
- McKay, L. et al., 2003. *Migration and health; review of international literature*. Medical Research Council, Social & Public Health Sciences Unit. Occasional Paper 12, Glasgow.
- Menéndez, Eduardo, 1983. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (Gestión) en salud*. Cuadernos de la Casa Chata, pp. 5-13.
- _____ 2000. *Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos*, en Perdiguero E. y J. M. Comelles (coordinadores.), *Medicina y cultura*, Barcelona, Bellaterra, p. 163-189.
- Mendoza González Zuanilda, 2005. ¿Dónde quedó el árbol de las Placentas?. Transformaciones en el Saber acerca del Embarazo/Parto/Puerperio de dos Generaciones de Triquis Migrantes a la Ciudad de México. *Salud Colectiva*, La Plata 1(2), pp.225-236.
- Mintzberg, Henry, 2003. Safari a la Estrategia. *Business & Economics*, pp. 20-35.
- Moctezuma, Miguel, 2008. Transnacionalidad y Transnacionalismo. *Papeles de Población*, julio-septiembre, número 057. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México. Pp. 39-64.
- Módena, María E., 1990. *Madres, médicos y curanderos. Diferencia cultural e identidad ideológica*, CIESAS/Ediciones de la Casa Chata, México.
- Moreno A. Laura, 2010. Reflexiones sobre el trayecto Salud-Padecimiento-Enfermedad-Atención: Una mirada Socio antropológica. *Salud Pública de México*. Ene-Feb, año/vol.49, número 001, INSP, Cuernavaca, Méx. pp.64.
- Morokvasic, Mirjana, 1984. Birds of Passage are also Women, *International Migration Review*, vol. 18, núm. 4, pp. 886-907.
- Moya José C., 2004. The positive side of stereotypes: Jewish Anarchists in early Twentieth Century. *Jewish History* 18 pp.19-48.

- Nigenda, Gustavo et al., 2001. La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *Salud Pública México*; Vol. 43(1) pp.41-51.
- Oberg, Kalervo, 1960. Cultural Shock: Adjustment to New Cultural Environments. *Practical Anthropology* 7 pp. 177-182.
- Ortiz Guitart, Anna, 2007. Mujeres expatriadas en México: trabajo, hogar y vida cotidiana. *Migraciones Internacionales*, vol. 4, núm. 2, pp.3-11.
- Osorio, Rosa María, 2001. *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. CIESAS-INAH-INI.
- Pauli, Julia, 2007. Que vivan mejor aparte: Migración, estructura familiar y género en una comunidad del México central. En: *Familias mexicanas en transición. Unas miradas antropológicas*. David Robichaux, compilador. Universidad Iberoamericana, Editorial Oak 2007. pp 399.
- Paulo Maya, Alfredo, 1998. Promoción para la salud y gestión popular. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C./Universidad de Sonora/El colegio de Sonora, Sonora, México, *Revista de investigación del Noroeste*, Col. Salud, Estudios Sociales, Vol. VIII, Núm. 15.
- Peña, Edith Y., 2012. *Enfoque biocultural en antropología. Alimentación-nutrición y salud-enfermedad en Santiago de Anaya, Hidalgo*. Colección antropología física, Serie Testimonios. Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Peña, Edith Y., 2012. *Globalización y Salud. Comentarios sobre Proyecto Mesoamérica*. Material de clase. Posgrado en Antropología en Salud, Facultad de Medicina, UNAM.
- Pérez Salazar, Gabriel, 2010. Internet como medio de comunicación entre migrantes y sus familias de origen: barreras de acceso. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, vol. LII, núm. 209, mayo-agosto. pp. 103-117.
- Pollok David & Ruth Van Reken, 1999. *Third Culture kids. Growing up among worlds*. Intercultural Press, USA.
- Price Waterhouse Coopers, 2009 . *Investing in China's Pharmaceutical Industry* – 2nd Edition. pp.15.
- Ramírez Hita, Susana, 2008. *Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad*. Los centros de salud intercultural en el altiplano.

- Ramírez, A. 2008. Consumer-provider communication research with special populations. *Patient Education Council*; 50:51–4.
- Rico Becerra, Juan Ignacio, 2009. Utilidad del seguimiento de las carreras curativas de los inmigrantes para la visibilización de sus prácticas: Los ecuatorianos en Murcia. *Revista de Antropología Experimental* núm. 9, Texto 12 pp.169-177.
- Reyes, Ariel, 2008. Evolución histórica de la Medicina Tradicional China. *Comunidad y Salud*. Vol. 6, núm.2. pp.1.
- Rossi, Ilario, 2012. *Antropología y medicina: Salud y codisciplinariedad*. Seminario de Posgrado, Antropología en Salud, Facultad de Medicina, UNAM.
- Robichaux, David, 2007. En: *Familias mexicanas en transición. Unas miradas antropológicas*. David Robichaux, compilador. Universidad Iberoamericana, Editorial Oak.
- Rodríguez Bustamante, Norberto, 1967. Relación médico paciente. Memoria Académica, *Revista de Psicología*, vol. 5, pp. 137-142.
- Rohde R. A. & Muller R., 2015. Air Pollution in China: Mapping of Concentrations and Sources. *Plos One* 10(8).
- Ruiz García, Aida (2002) *Migración oaxaqueña, una aproximación a la realidad*. Oaxaca: Coordinación estatal de Atención al Migrante Oaxaqueño, pp.13.
- Safran, William, 1988. Las Diásporas en las sociedades modernas: Mitos de la realidad y el retorno en Golubov, Nattie (Editora) *Diásporas, reflexiones teóricas*. CISAN, UNAM, 2011. Pp. 31-50.
- Shnapper, Dominique, 1988. Del Estado Nación al mundo transnacional: Sobre el sentido y la utilidad del concepto de diáspora. en Golubov, Nattie (Editora) *Diásporas, reflexiones teóricas*. CISAN, UNAM, 2011. Pp. 149
- Segalen, Martine, 2007. El Parentesco en la antropología actual. De las sociedades “exóticas” a las sociedades “modernas”. En: *Familias mexicanas en transición. Unas miradas antropológicas*. David Robichaux, compilador. Universidad Iberoamericana, Editorial Oak.
- Stevens, María Teresa, 2010. *Familia y trabajo en un nuevo país. Estrategias que siguen las mujeres profesionistas inmigrantes latinoamericanas en cuanto a trabajo remunerado y familia en Calgary Canadá*. Universidad Iberoamericana, México. DF. Tesis doctoral.

- Steven V. 2004. Concebir e imaginar el transnacionalismo. En Alejandro Portes, Luis Guarnido y Patricia Landolt (Eds) *La Globalización desde abajo: transnacionalismo inmigrante y desarrollo: la experiencia de Estados Unidos y América Latina*. México D.F. Miguel Ángel Porrúa, pp 353.
- Straif, Kurt; Aaron Cohen & Johnatan Samet, 2013. Air Pollution and Cancer. *International Agency for Research on Cancer (IARC) Scientific Publication* Núm. 161. WHO Press. Cap.5 pp. 49-60.
- Suárez-Orozco, Carola & Manuel,2001.*La infancia de la inmigración*. Ediciones Morata, S.L. Madrid, España 2003. Pp 68-120.
- Swedish Agency For Groth Policy Analysis, 2013. *China's Healthcare System – Overview and Quality Improvements*. pp.12-36.
- Tölölyan, Khachig,1996.La reconsideración de *diáspora* y las diásporas: poder sin estado en el movimiento transnacional. en Golubov, Nattie (Editora) *Diásporas, reflexiones teóricas*. CISAN, UNAM, 2011. Pp.50-81
- Tambiah, Stanley, 2000. Movimientos transnacionales, diáspora y modernidades múltiples en Golubov, Nattie (Editora) *Diásporas, reflexiones teóricas*. CISAN, UNAM, 2011. Pp.179-185.
- Torrado, Susana, 2005. Nuevas Estrategias Familiares de Trabajo en Sectores Medios de la Ciudad de México en José Guadalupe Rivera González. *Revista Convergencia Ciencias Sociales*, Núm. 39, pp.155.
- Tuirán, Rodolfo, 2001. En: *Familias mexicanas en transición. Unas miradas antropológicas*. David Robichaux, compilador. Universidad Iberoamericana, Editorial Oak 2007.pp 399.
- Vignolo, Julio, 2011.Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, Uruguay; XXXIII (1) pp.11-14.
- Waitzkin H.B.,1981. *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista*, Segunda Edición Traducción Marcos Arana. México D.F. Ed. Nueva Imagen, México, pp.52-53.
- Winkelman, M. 2001. *Culture and Health*. Jossey-Bass, pp.23-28.
- Wong, Rebeca & Maria Elena Figueroa, 2001. Morbilidad y utilización de servicios de salud entre población de edad avanzada: Un análisis comparativo. *Papeles de Población*, enero-marzo, número 109. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca México. Pp 103-124.
- Xiang Biao, 2005. Migration and Health in China: Problems, Obstacles and Solutions. *Asian MetaCentre Research Paper Series*, No.17, pp.3.

Recursos online

- Air Quality Index (AQI): A Guide to Air Quality and Your Health.
<http://www.airnow.gov/index.cfm?action=aqibasics.aqi>
(Último acceso 1 junio 2012).
- Air Quality Monitor, U.S.Embassy in Beijing.
<http://beijing.usembassy-china.org.cn/070109air.html>
(Último acceso 1 junio 2012).
- Bohórquez, Francisco,2004.El diálogo como mediador de la relación médico paciente. *Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa*, Vol.1, No.1
<http://revista.iered.org>
(Último acceso 1 agosto 2012).
- CEBR, 2015.*Centre for Economics and Business Research, World Economic League Table 2015 Highlights.*
<http://www.cebr.com/reports/world-economic-league-table-2015/>
(Último acceso 26 diciembre 2014).
- Chickering, William, 2010. Take a Deep Breath, Expat package.
http://www.expatpackage.com/article/beijing_pollution.html
(Último acceso 20 mayo 2012).
- China Beyond the Wall, 2011. Chinese Affairs and China Analysis: What's going on in the People's Republic of China? Read what some people Europeans have to say" Blog China beyond the Wall
<http://www.chinabeyondthewall.com/visiting-a-chinese-hospital-chinas-obsession-with-medicines-and-iv-drips/>
(Último acceso 4 junio 2012).
- CFDA, Chinese State Food and Drug Administration, 2014. Regulatory Guide.
<http://eng.cfda.gov.cn/WS03/CL0759/>
(Último acceso 30 octubre 2013.)
- CNN Expansión, Los momentos más tontos del 2009: La influenza provoca discriminación.
<http://www.cnnexpansion.com/actualidad/2009/12/11/3-la-influenza-desata-discriminacion>.
(Último acceso 30 octubre 2013).
- _____, Beijing Population National Population and Family Planning Commission of China. Periódico China Daily.
<http://www.npfpc.gov.cn/en/detail.aspx?articleid=100302125224937535>
(Último acceso 2 Marzo 2012).

- Consejo de Estado de la República Popular China, China announces action plan to tackle water pollution. Página oficial de gobierno, http://english.gov.cn/policies/latest_releases/2015/04/16/content_28147509_0170164.htm.
(Último acceso 20 abril 2015).
- Flores Martos, Juan Antonio, 2011. Interculturalidad en salud y eficacia: algunas indicaciones de uso para OGND con proyectos de salud en América Latina. *Debates, Revista Nuevo mundo*.
<http://nuevomundo.revues.org/61232>
(Último acceso 20 mayo 2012).
- Guo, Z., 1995. Chinese Confucian Culture And The Medical ethical tradition, *J Med Ethics* Vol. 21 No. 4 Aug. pp.239.
<http://ccbs.ntu.edu.tw/FULLTEXT/JR-MDL/guo.htm>
(Último acceso 24 agosto 2011).
- Huang Jingjing, 2010. Parents of Hidden Children see way out, Periódico Global Times.
<http://china.globaltimes.cn/society/2010-10/581804.html>
(Último acceso 4 de agosto 2011).
- Ji Beibei, 2010. Come to your census. Periódico China Global.
<http://china.globaltimes.cn/society/2010-08/567720.html>
(Último acceso 4 de agosto 2011).
- Jing, Chai, 2015. Under the Dome (Archivo de video)
<https://www.youtube.com/watch?v=MhIZ50HKIp0>
(Último acceso 3 marzo 2015).
- Ma, Jiantang, 2011. *Press Release on Major Figures of the 2010 National Population Census*, National Bureau of Statistics of China.
http://www.stats.gov.cn/english/newsandcomingevents/t20110428_402722237.htm
(Último acceso 28 abril 2011).
- National Cancer Institute, 2011. Cancer Alternative Therapies.
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/canceralternativetherapies.html>
(Último acceso 28 agosto 2012)
- National Health and Family Planning Commission of the PRC, 2012.
http://en.nhfpc.gov.cn/2015-12/11/content_22693038.htm
(Último acceso 30 junio 2013).

- Organización Internacional Migración OIM, 2011. Rubro “Salud y Movilidad”.
<http://www.iom.int/jahia/Jahia/developing-migration-policy/migration-and-health/lang/es>
(Último acceso 10 de febrero 2012).
- Organización Internacional Migración OIM, 2008. Tendencias de las Naciones Unidas relativas al contingente internacional total de migrantes: La revisión de 2008.
<http://esa.un.org/migration/index.asp?panel=1>
(Último acceso 10 de febrero 2012).
- Organización Mundial de la Salud, 2011. Calidad del aire y salud. Centro de prensa, Nota descriptiva N°313.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs313/es/>
(Último acceso 2 junio 2012).
- Rey, Ana, 2011. OMS y la Contaminación mundial.
<http://www.biovia.es/2011/09/26/la-oms-publica-el-primer-mapa-de-contaminacion-mundial/>
(Último acceso 23 junio 2012.)
- Shan Juan, 2011. Almost 600,000 foreigners counted in China. Periódico China Daily, Sección sociedad.
http://usa.chinadaily.com.cn/china/2011-04/30/content_12425625.htm
(Último acceso 30 septiembre 2011.)
- World Bank Group, East Asia & Pacific Economic data base
<http://data.worldbank.org/country/china>.
(Último acceso 4 septiembre 2015).
- Yan, X. 2010. Beijing strives to improve health care for foreigners. English News CN.
http://news.xinhuanet.com/english2010/china/2010-12/03/c_13634239.htm
(Último acceso 5 enero 2012).
- ____, “La economía china podría superar a la de EEUU en dos años”. Revista Expansión, Sección Económica y política.
<http://www.expansion.com/2010/11/11/economia/1289441626.html>
(Último acceso 3 marzo 2012).
- ____, 2011 Medical facilities for visitors, Imperial Tours.
http://www.imperialtours.net/china_health.htm
(Último acceso 3 enero 2012).
- ____; Hospitals and Clinics in Beijing. Travel China Guide.
<http://www.travelchinaguide.com/cityguides/beijing/hospital.htm>

(Último acceso 4 agosto 2011).

- _____. 2010. Medical Facilities and health information, US Department of State, Bureau of Consular Affairs.
http://travel.state.gov/travel/cis_pa_tw/cis/cis_1089.html#medical
(consultado el 4 agosto 2011)
- _____, 2011. Directory - Health - Medical Services, Clinics and Hospitals. Blog The Beijinger.
<http://www.thebeijinger.com/directory/Health/Medical-Services-Clinics-and-Hospitals>
(Último acceso 4 de agosto 2011).
- _____, 2010. Medical Reference, Lihong Specialists.
<http://www.lihong.biz/medical-beijing>
(Último acceso 4 agosto 2011).

Publicación

Contaminación ambiental y prácticas culturales sobre cuidados maternos de migrantes mexicanas en Beijing, China

Seminario Cambio Climático y Procesos Culturales, Academia Mexicana de Ciencias Antropológicas, A.C. y la Dirección de Etnología y Antropología Social del Instituto Nacional de Antropología e Historia, diciembre de 2015.

Carta de aceptación.

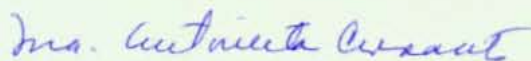
Artículo en extenso.

México, D.F. a 16 de diciembre de 2015

A quien corresponda:

Por medio de la presente hago constar que la **Lic. Ericka Orozco Saúl**, la **Dra. Edith Yesenia Peña Sánchez** y el **Dr. Alfredo Paulo Maya** entregaron el artículo "**Contaminación ambiental y prácticas culturales sobre cuidados maternos de migrantes mexicanas en Beijing, China**", para su publicación en el libro *Cambio climático y procesos culturales. Vol. 3*, que actualmente se encuentra en proceso de edición.

ATENTAMENTE



Dra. María Antonieta Cervantes Leandro
Profesora Investigadora Titular "C"

Dirección de Etnología y Antropología Social
Coordinadora del Seminario "Cambio Climático y Procesos Culturales"

Dirección de Etnología y Antropología Social
Av. San Jerónimo 880, Col. San Jerónimo Lídice, C.P. 10200
Deleg. Magdalena Contreras, México, D.F.
Tel. (55) 4040 5400 Ext. 413801

Contaminación ambiental y prácticas culturales sobre cuidados maternos de migrantes mexicanas en Beijing, China

Ericka G. Orozco Saul¹¹, Edith Yesenia Peña Sánchez¹², Alfredo Paulo Maya¹³

Resumen

Los procesos de industrialización para el crecimiento económico de potencias como China, han tenido un impacto desfavorable en el medio ambiente de sus principales ciudades, entre ellas la capital, Beijing. La contaminación del aire, agua y la presencia de numerosos agentes microbiológicos, son consecuencia de las fuentes antropogénicas que contribuyen con el cambio climático. La contaminación representa importantes riesgos para la salud humana, ya que favorece la aparición de enfermedades, modifica el ambiente y los hábitos del individuo, en consecuencia deterioran su calidad de vida. Es por ello que en el presente capítulo se exponen las prácticas y representaciones de un grupo de familias mexicanas migrantes, frente a la contaminación ambiental y su relación con la salud infantil en Beijing, China. A partir de una perspectiva antropológica se pretenden analizar los componentes, riesgos y estrategias que utilizaron las madres de familia, para enfrentar las consecuencias de vivir en una ciudad con niveles muy altos de contaminación ambiental, diferentes a las de su lugar de origen. Para lo cual se hace uso del método etnográfico, a través de entrevistas estructuradas y observación participante, lo que permitió el estudio de seis casos distribuidos en dos de los distritos de la capital china. La información se integra en tres categorías base asociadas a las problemáticas de salud: la calidad del aire, del agua y el control de agresores microbiológicos. Los resultados muestran que las madres de familias mexicanas perciben a la contaminación ambiental como un problema importante que puede afectar su calidad de vida, distinto a su experiencia anterior. Ante dicha percepción desarrollaron adecuaciones en sus recursos como cuidadoras, con la finalidad de disminuir los riesgos de que sus hijos pudieran padecer enfermedades respiratorias, gastrointestinales y exantemáticas. Las principales prácticas que las madres implementaron fueron: la consulta en medios electrónicos para el monitoreo de la calidad aire, la adquisición y uso de mascarillas personales, la instalación de filtros de aire y de agua en el hogar. También mostraron una constante abstención de compra y consumo de ciertos productos locales, así como la restricción de prácticas de ejercicio físico y juegos al aire libre. Se incrementaron las actividades recreativas en espacios cerrados, lo que restringió el contacto físico con personas ajenas a la familia y limitó el desarrollo psico social de los hijos.

Palabras clave: Salud, salud infantil, calidad de vida, contaminación ambiental, migración, China.

Introducción

¹¹ Médico Cirujano. Candidata a Maestra en Antropología en Salud por la UNAM. erickaosaul@gmail.com

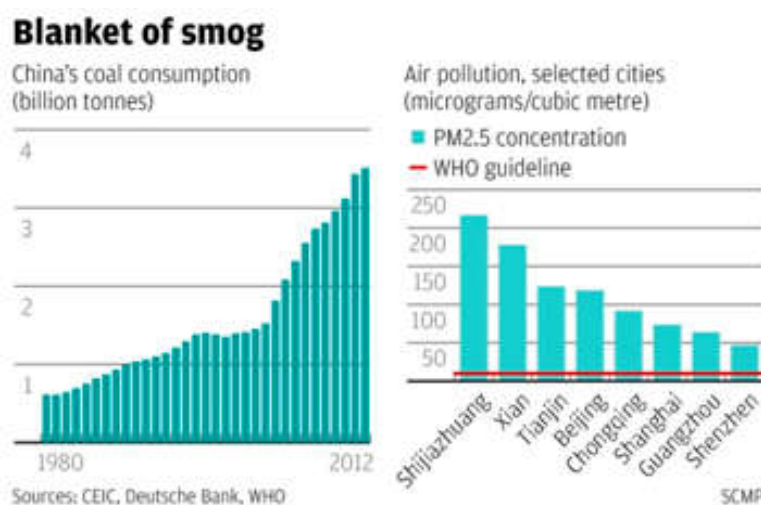
¹² Doctora en Ciencias Antropológicas. Investigadora Titular C-SNI1 del INAH. yesenia72@hotmail.com

¹³ Doctor en Antropología. Profesor del Posgrado en Sociomedicina de la UNAM. alfpaulo@hotmail.com

La República Popular China es actualmente, la nación más poblada del mundo, con una amplia riqueza cultural e histórica. El Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial ubican a China como la segunda economía más grande del mundo después de Estados Unidos (CEBR, 2015), debido a que en las últimas tres décadas ha presentado un crecimiento económico sostenido, registrando tasas anuales promedio del 10% del Producto Interno Bruto (PIB) (*World Bank Group*, 2015). En este contexto, China también ha desarrollado un grave problema de contaminación ambiental asociada a dicho crecimiento económico e industrial, en particular con el incremento del uso de carbón, alcanzando un consumo anual cercano a las 1.9 mil millones de toneladas, (lo que cubre un 70% de sus necesidades energéticas). Como puede apreciarse en la figura 1, el uso de este energético a lo largo del tiempo, ha provocado un incremento de la concentración de partículas contaminantes en el aire de diversas ciudades del país. Este aumento ha rebasado hasta 20 veces el límite recomendado por la OMS, acumulando en la atmósfera grandes concentraciones de partículas finas (McCarthy, 2015)¹⁴. La liberación al medio de sustancias tóxicas como hidrocarburos aromáticos, dióxido sulfúrico y de nitrógeno, mercurio y bencenos, han causado degradación del medio ambiente, comprometiendo la salud de amplios sectores poblacionales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud la contaminación ambiental forma parte importante del fenómeno llamado cambio climático, que “influye en los determinantes sociales y medioambientales de la salud, como es el acceso al agua potable, alimentos suficientes y una vivienda segura” (OMS, 2015: Cambio climático y salud, nota descriptiva No. 266). En los países industrializados, los agentes contaminantes orgánicos e inorgánicos del aire y del agua son responsables de provocar cerca del 20% del total de enfermedades infecciosas y de cerca de una tercera parte de las defunciones pediátricas (Vargas, 2005). En el caso de China se destinan más de 500 mil millones de yuanes (un trillón de pesos mexicanos) para la atención médica de problemas relacionados con la contaminación ambiental (bronquitis, asma, alergias, infecciones, enfermedades cardiopulmonares y algunos tipos de cáncer), esto representa más del 3% de su Producto Interno Bruto (Holland,2013; Jing, 2015; Millman, 2008; Zhang, 2010).

¹⁴ 2.5 micrómetros de diámetro o PM2.5.

Figura 1. La Capa de Contaminación del aire¹⁵



FUENTE: Holland Tom (2013), Blanket of smog, South China Morning Post.

El problema de los agentes antropogénicos del cambio climático en relación con el desarrollo industrial y la liberación de tóxicos al medio ambiente en China, han impactado de manera nociva en la calidad del agua. En 2014, Tao y Xin establecieron que cerca de sesenta mil personas mueren anualmente a causa de cáncer gástrico relacionado con el consumo de agua contaminada y más de un cuarto de las cuatro mil plantas urbanas tratadoras de aguas residuales no cumplen con las normas de control. Como se muestra en la figura 2, de acuerdo con lo reportado por *Urban Water Supply Statistics Yearbook 2012*, (*National Bureau of statistics of China*, 2012) en China el 5% del agua no se considera potable, mientras que el 40% tiene una calidad variable para el consumo humano. Cerca del 76.8% de las reservas acuíferas, de nueve provincias chinas, incluyendo la capital de Beijing, se han contaminado con agentes biológicos y sustancias químicas como fertilizantes, pesticidas y metales pesados (Tao, 2014).

¹⁵ En la figura de la izquierda, se muestra el aumento del consumo de carbón en China por miles de millones de toneladas en el periodo 1980-2012. En la figura de la derecha, se muestra en la línea roja los niveles de concentración de PM2.5 recomendados por la OMS y las barras determinan las concentraciones alcanzadas en las principales ciudades de China.

Figura 2. El Agua en China¹⁶



FUENTE: Tao y Xin (2014), *China's water*, Opinion, Nature.

En septiembre de 2015 los países principalmente responsables de la emisión de gases causantes del efecto invernadero, China y Estados Unidos, ratificaron su acuerdo de cooperación para reducir las emisiones de CO₂ (Vidal, 2015). Sin embargo, el panorama de salud relacionado con la contaminación ambiental es una amenaza latente para las familias residentes en las principales urbes chinas como Beijing, donde se reconoce por el gobierno y se experimentan constantemente problemas de contaminación. Esto se hace patente ante el decreto de alerta roja, que implica la suspensión de las actividades cotidianas y escolares al aire libre (Wong, 2015) como medida de contención para grupos de alto riesgo. Los niños son los que presentan una menor capacidad de adaptación fisiológica frente a los agentes contaminantes debido a sus peculiaridades biológicas como la inmadurez metabólica (Vargas, 2005; Gauderman et al, 2015) y una limitada respuesta inmunológica. Lo que facilita la generación de problemas agudos y crónicos de salud (Holland, 2013), involucrando un mayor gasto de recursos económicos y sociales (Hernández-Cadena et al, 2007). El daño a la salud infantil, que indudablemente pone en riesgo su bienestar, puede admitirse desde el concepto de vulnerabilidad al cambio climático. En el año 2007, el Grupo Intergubernamental sobre el Cambio Climático (IPCC por su siglas en inglés) definió que la vulnerabilidad es la medida en la que un sistema es capaz o incapaz de afrontar los efectos negativos del cambio climático, en función de su exposición, su sensibilidad y su capacidad de adaptación (Gutiérrez y Espinosa, 2010; Parker et al., 2014). Por ello se incorporó un especial interés en la resiliencia, entendida como la propensión de un sistema para retener su estructura organizacional ante una perturbación (Altieri y Nicholls, 2013). Es en la capacidad

¹⁶ El círculo izquierdo muestra en color azul el porcentaje de agua siempre potable (55%), el agua en ocasiones potable (40%) y el agua no potable (5%) de las fuentes acuíferas. El círculo derecho muestra los principales usos urbanos del agua, siendo la agricultura, la construcción y los servicios las áreas de mayor consumo (39%), así como el empleo doméstico (35%) e industrial (24%).

de adaptación, donde la resiliencia ejerce su función de contención estratégica frente a una adversidad, como en el cambio climático que impacta en los agroecosistemas y en la agrobiodiversidad. La resiliencia social fue definida por Adger (1999) como la capacidad con la que cuentan determinados grupos sociales para hacer frente y resistir, mediante estrategias planteadas por las mismas comunidades, a las perturbaciones originadas por cambios ambientales inducidos por factores antropogénicos.

El presente trabajo aborda el problema de la situación ambiental de Beijing desde la óptica de la comunidad mexicana de migrantes que residen en esta ciudad. Al ser Beijing la capital diplomática y comercial de China, el flujo de movilidad migratoria se ha incrementado en los últimos años, contando con más de ciento cincuenta mil extranjeros (China Daily, 2010). Los migrantes calificados reciben múltiples facilidades durante su admisión al país receptor, destacando la posibilidad de la reunificación familiar (OIM, 2011).

La migración de familias ha obligado a examinar el rol que desempeña la mujer en este contexto, puesto que el papel que ocupan las mujeres en ocasiones se reduce al de acompañante (Ortiz y Mendoza, 2007; Stevens, 2010). Investigaciones como las de Donaldson y Howson (2009), ponen de manifiesto que la mujer migrante suele abandonar su ejercicio profesional, realizando una reorientación hacia el cuidado de los miembros de la familia acorde a las circunstancias del cambio. Los cuidados maternos, de acuerdo con Osorio (2000) ponen de manifiesto los saberes de las madres, expresando una determinada construcción sociocultural de la enfermedad a través de los conocimientos y las acciones que realizan en torno a la salud, principalmente de la infantil. De esta forma las madres de familia participan activamente en el proceso salud-enfermedad-atención, partiendo de un significado psicosocial entorno a los padecimientos que reconocen como problemas de salud. Para Kleinman (1988) la enfermedad (*illness*) es una experiencia asociada a una red de significados particulares que parte de cinco aspectos: la causalidad, la característica de las molestias o síntomas, el proceso fisiopatológico involucrado, la gravedad de la enfermedad y el tratamiento requerido. Este modelo explicativo elaborado a partir de dichos saberes, permite la relación de los cuidados maternos y de la forma de su articulación con los diversos modelos médicos. El modelo real de autoatención de primer nivel es el que se manifiesta dentro del ámbito doméstico y por la persona o personas inmediatas al grupo parental o comunal (Menéndez, 1983). Mediante el modelo de mecanismos de atención, la madre utiliza los recursos materiales y sociales que se encuentren accesibles en su entorno que le permitan una direccionalidad, flexible y diversa, en la búsqueda de la solución del problema de salud (Peña, 2012).

Las madres mexicanas habitantes de la ciudad de Beijing, se enfrentaron principalmente a tres tipos de agentes antropogénicos del cambio climático: la

contaminación del aire, del agua y a los agentes microbiológicos relacionados con la morbilidad local (Zhang, 2010). El abordaje del presente trabajo desde la perspectiva antropológica, permitió dar cuenta de los efectos sociales del cambio climático a través de la experiencia subjetiva de los participantes. Para autores como Peña (2012) el enfoque biocultural de aproximación a la problemática salud-enfermedad permite una aplicación relacional y pluricultural para dar como resultado la descripción y el análisis de las prácticas y representaciones en torno a los agentes antropogénicos del cambio climático, a través de las estrategias de adaptación y resiliencia de los cuidados maternos dentro del contexto migratorio.

Estrategia metodológica

La presente investigación es de tipo descriptivo-analítico, realizada entre los años 2011 al 2014, con diversas estancias de campo en dos distritos de la ciudad de Beijing: Chaoyang y Shunyi. Del universo de mexicanos migrantes calificados en Beijing, se delimitó a la población de familias mexicanas residentes, las cuales presentaban antecedentes migratorios como experiencia de trayectoria personal, manejo del idioma chino mandarín para determinar la interacción con la sociedad receptora y la presencia de hijos en edad escolar para establecer la experiencia materna en torno al cuidado infantil frente a los problemas de salud. Se seleccionaron seis casos de mujeres participantes, cuyos criterios de inclusión contemplaron: estancia en Beijing mayor a 6 meses, que la familia tuviera uno o más hijos en edad escolar, un estatus migratorio legal y una fuente de trabajo estable. Los criterios de exclusión fueron: estancia en Beijing menor a 6 meses durante el periodo 2012-2013, estancias intermitentes o viajes frecuentes al extranjero, la ausencia de hijos, estatus migratorio irregular y que el Jefe de familia fuera estudiante o con trabajo inestable.

La metodología es de tipo cualitativo, que triangula la observación participante con los datos obtenidos de las entrevistas y los recursos teóricos, lo que proporciona una fuente de información descriptiva, detallada y específica de la experiencia de los informantes. También, facilita la creación de una estructura básica que permite la organización y la sistematización de componentes y categorías específicas tomadas de la percepción y acciones realizadas por las participantes para elaborar un análisis y una discusión con relación al marco teórico de referencia.

Características de los casos

Las seis mujeres mexicanas participantes llevaban por lo menos un año habitando la ciudad de Beijing, intervalo de tiempo que les permitió experimentar el entorno y el grado de la contaminación del aire, el agua y microorganismos dañinos, creando una percepción de riesgo ambiental para la salud infantil. La edad promedio de los hijos de estas madres fue de ocho años, biológicamente ubicada en la etapa de crecimiento y desarrollo con gran potencial de vulnerabilidad al cambio climático. Las residencias se concentraron en dos distritos, Chaoyang y Shunyi, zonas

geográficamente cercanas a importantes zonas industriales, aglomeraciones automotrices y de gran densidad poblacional, facilitando con esto la exposición a los factores antropogénicos del cambio climático. A continuación se presenta la tabla 1 donde se desglosan las características de las mujeres informantes.

Tabla 1. Características de los seis casos participantes

Madre de familia	Actividad y grado de escolaridad	Número de hijos y edades respectivas	Años de residencia y Distrito de Beijing	Actividad económica del jefe de familia
Andrea	Ama de casa Licenciatura	Hombre-5 años	6 años, Chaoyang	Diplomático
Daniela	Diplomática Licenciatura	Hombre-9 años	5años, Chaoyang	Empleado
Lucía	Ama de casa Preparatoria	Hombre-10 años Mujer-8 años	1 año y medio, Chaoyang	Diplomático
Mariana	Estudiante, ama de casa Posgrado	Mujer-14 años Mujer-12 años	5 años, Chaoyang	Empleado
Leticia	Ama de casa Licenciatura	Hombre-10 años Mujer-8 años Hombre-9 meses	5 años, Shunyi	Empleado
Pilar	Ama de casa Licenciatura.	Hombre-11 años Mujer-9 años	1 año, Shunyi	Piloto aeronáutico

FUENTE: Datos propios, 2011.

Resultados

La contaminación ambiental y su relación con la salud

Durante la consolidación de los saberes maternos en cuanto a los cuidados infantiles, la identificación y prevención de los factores de riesgo ambientales juegan un papel importante. El lavado de manos, el consumo de agua potable y la detección de fuentes contaminantes fueron prácticas higiénicas que las mujeres participantes aprendieron principalmente de sus propias madres y durante la interacción con los profesionales de la salud del sistema biomédico como estrategia para evitar enfermedades pediátricas en sus hijos durante su residencia en México. A pesar que la contaminación ambiental era un tema conocido por las mujeres, ninguna afirmó haber realizado alguna estrategia específica para este problema.

Si sabía que hay problemas de contaminación también en México, bueno en muchas ciudades, pero no sentí que fuera tan serio como para hacer algo con eso, estábamos acostumbrados al lugar donde vivíamos y los niños estaban bien, sin problemas, así que solo hacía lo rutinario para cuidarlos. Leticia (Entrevista, 2012).

Previo a su migración, sólo la mitad de las madres contaban con algún tipo de información sobre la contaminación de China. La fuente principal de referencia

fueron los medios de comunicación, anticipando la percepción negativa de un problema de riesgo ambiental más severo que en México.

Cando vivía en México me gustaba ver los programas del Discovery ® y en varias ocasiones salieron documentales de la contaminación en China. Cuando tuvimos que cambiarnos para acá, yo ya tenía idea que íbamos a vivir en un lugar muy sucio y ya desde antes de llegar estaba preocupada por no saber qué tan grave iba a ser el problema. Marina (Entrevista, 2013).

En los primeros meses de su arribo a Beijing, las madres de familia experimentaron de primera mano las diferencias en las condiciones ambientales respecto a sus ciudades de procedencia, percatándose de la mayor magnitud de los niveles de contaminación del aire, del agua y de micro organismos.

Estamos tan acostumbrados a oír que hay contaminación, de hecho, desde mi mismo México, yo no había hecho conciencia (...) Pero después de haber vivido lo que acabamos de pasar y de empezar a concientizar que ha venido siendo una constante en Beijing las altas cifras que reportan de smog, y cada día más fuertes, me decidí, y las circunstancias me obligaron a darme cuenta del problema. Pilar (Entrevista, 2013).

A través de los medios de comunicación locales y de la interacción con la comunidad de extranjeros, las mujeres participantes obtuvieron referencias respecto a la situación ambiental de la ciudad y de los riesgos presentes. La aportación que hicieron otras madres de familia dentro de los espacios escolares, durante las reuniones de convivencia, permitieron dar cuenta de las prácticas que realizaban para poder conservar la salud de los niños, al ser los miembros más frágiles de la familia frente a este problema.

La información obtenida durante la interacción social aunado a la propia percepción del ambiente con múltiples riesgos, llevó a los seis casos participantes a incorporar en sus saberes maternos la preocupación de un potencial incremento de enfermedades en sus hijos, por lo que fue necesario incorporar nuevas prácticas y estrategias de protección a la salud en contra de los tres agentes antropogénicos que fueron identificados; contaminación de aire, de agua y micro organismos.

Contaminación del aire

La mala calidad del aire de Beijing es un tema imperante en la sociedad general de extranjeros y en los seis casos estudiados, ocupó la principal preocupación como riesgo importante de la salud entre los niños. Las madres percibieron la calidad del aire como un elemento ambiental nocivo que frente a su exposición fomenta las enfermedades infantiles a diferencia de los padecimientos en adultos:

Los niños cuando son pequeños son los que siempre se enferman más de toda la familia, si el aire está sucio, seguro que les hace daño más que a mí o a su papá. Leticia (Entrevista, 2013).

El modelo explicativo del riesgo como daño puede dividirse en tres causalidades patológicas: disminución del sistema inmunológico, predisposición para enfermedades respiratorias de tipo infeccioso y/o alérgico y afectación al estado general de salud con síntomas diversos que limitan las actividades cotidianas.

Falta el aire! Duele la garganta, arden los ojos, a veces incluso adentro de la casa, dan náuseas, insomnio, y hasta diarrea. Pilar (Entrevista, 2014).

De igual forma, se contempló una relación entre la importancia de una buena calidad del aire con dos aspectos básicos del desarrollo en los niños: el ejercicio físico para el sano crecimiento y la disminución de los episodios de enfermedad.

Para que los niños crezcan sanos, para mí es importante que corran, brinquen (...) que se enfermen lo menos que se pueda, que no se queden en cama ni que dejen de comer. Si hay contaminación (del aire), no pueden salir al recreo y les da más fácil la gripa. Lucía (Entrevista, 2012-2013).

La percepción materna de la calidad del aire como problema de salud infantil fue construido a partir de la vivencia personal del entorno, mediante la relación de cuatro circunstancias identificadas como: los niveles de contaminación publicados en los medios informativos, la frecuencia de suspensión de actividades escolares al aire libre, la aparición de síntomas de malestar en los niños y la continuidad del fenómeno a lo largo de una línea temporal:

Siempre está un poco latente la preocupación de la contaminación, pero de repente el tenerla tan alta durante tantos días si me preocupó porque tuvimos 4 días muy intensos. Luego llegó el viento un día, y poco a poco se empezó a agravar, antier, ayer y hoy volvió a estar pesado (...) reviso mi celular para ver cómo van bajando los niveles del smog y veo que (en referencia a sus hijos) no se sientan mal. Pilar (Entrevista, 2013).

Un elemento que contribuyó de forma sustancial a la construcción de la percepción del problema y la elaboración de estrategias de afrontamiento fue la interacción social materna. En tres de los casos, las recomendaciones fueron realizadas por colegas del gremio diplomático y en dos de los casos por el personal de la empresa donde laboraban los jefes de familia. En todas las participantes, el contacto con los medios locales de comunicación, en inglés, como la televisión, las revistas *Beijinger®* y *Beijing Kids®* y la convivencia con otras madres de familia en los espacios escolares, permitió el intercambio de información y definir las estrategias a realizar.

Las estrategias de afrontamiento fueron: la adquisición de filtros de aire domésticos, la consulta de los niveles de contaminación a través de sitios web específicos, el uso de mascarillas personales y la abstención de actividades al aire libre.

La instalación doméstica de máquinas purificadoras de aire fue la principal estrategia empleada en los seis casos analizados. La capacidad de cada filtro para

limpiar el aire no rebasa los 60 ms. cúbicos de espacio, por lo que las familias tuvieron que priorizar su colocación en las recámaras infantiles y en algunos casos en espacios comunes como el comedor o la estancia.

A mi hijo le pusimos su filtro en su recámara porque es quien puede enfermarse porque está chiquito, como sea nosotros podemos acostumbrarnos. Andrea (Entrevista, 2013).

El costo de la adquisición de los aparatos fue cubierto por cada familia, impactando con esto en su economía, ya que el precio por cada máquina importada de marcas como Blue Air® y IQAIR® oscilaba entre 1,600 hasta 2,100 USD, teniendo además que cambiar los filtros regularmente, generando un gasto aproximado de hasta 400 USD de forma semestral. La inversión en estas máquinas como estrategia, generó en uno de los casos una postura de conflicto en relación al costo económico para mantener un bienestar de salud:

Tenemos que pagar para respirar, y sabes que, es muy caro y lo peor es que el aire limpio es vital y debería ser gratis, aún me niego a esta concepción, la rechazo y me indigna sobremanera. ¡En qué mundo vivimos! ¡En qué clase de idiotas nos hemos convertido! Aquí las cifras son muy altas de lo que cuesta respirar. Pilar (Entrevista, 2014).

La segunda conducta estratégica fue la consulta rutinaria de las cifras del índice de contaminación del aire (API, por sus siglas en inglés), a través de aplicaciones para teléfonos inteligentes, redes sociales y la página oficial de la embajada estadounidense. La información emitida por esta embajada era considerada por las madres como "verdadera", ya que la cifra de contaminantes reportada solía ser más elevada que la información publicada por las autoridades chinas. La lectura con código de colores de los niveles del API según el grado de contaminación reportado por estos medios, permitió a las madres organizar sus actividades cotidianas y anticipar la probabilidad de suspensión de clases o de restricción de actividades al aire libre. Estas medidas de abstención tuvieron repercusiones durante los primeros años en la cotidianidad. Las madres lo describieron como episodios de tristeza y frustración tanto para ellas como para sus hijos, ya que nunca antes habían estado limitados para realizar actividades al aire libre.

Recuerdo cuando llegamos a Shunyi mis hijos al principio venían hasta de mal humor (de la escuela) porque yo creo que se sentían encerrados. Aunque las maestras organizan actividades dentro del salón cuando hay contingencia, no es lo mismo andar soltando energía que quedarte quieto si eres un niño. No podíamos hacer nada, me molestaba mucho, luego yo terminaba regañándolos porque en casa no se comportaban. Leticia (Entrevista, 2012).

La última estrategia empleada fue el uso de mascarillas filtro personales. El modelo mayormente empleado fue el 8210 N95 de la marca 3M®, cuyo costo aproximado era de 12 USD, ya que los cubre bocas convencionales no eran considerados seguros. Cada miembro de la familia hacía uso de su mascarilla al

momento de salir a la calle. Esta medida, a pesar de ser considerada eficaz, provocaba en ocasiones fuertes riñas entre padres e hijos por no querer utilizarlos.

Todos tenemos mascarillas, pero si son algo incómodas. Las usamos cuando mi marido se va en la moto para llevar a mi hijo a la escuela y así se ahorra el tráfico, pero si está feo el día hasta dentro del coche se la ponemos al niño, luego se la anda arrebatando porque no puede hablar, pero le digo que es por su bien. Andrea (Entrevista, 2012).

Las estrategias de afrontamiento mencionadas anteriormente como medida de resiliencia de los cuidados maternos frente a la percepción de daño a la salud de los niños por la exposición a la contaminación del aire, fueron empleadas para la prevención del riesgo del incremento de enfermedades respiratorias y evitar complicaciones como la fiebre, la automedicación o inclusive la hospitalización. Aunque el aire limpio forma parte de los requisitos básicos para la salud señalados por la OMS, en Beijing aumentó el número de enfermedades respiratorias y otras sintomatologías infantiles, lo que creó en los seis casos una percepción de baja eficacia de las medidas establecidas y una mayor vulnerabilidad frente a este factor antropogénico del cambio climático. Como consecuencias de dichas estrategias se produjo un considerable aumento del costo de vida para mantener la salud y se percibió una limitación del óptimo desarrollo, debido a la relación entre la restricción de las actividades al aire libre y el ejercicio físico e interacción social de los niños en su entorno escolar.

A continuación se muestra la tabla que contiene las representaciones y las prácticas de los seis casos realizados en torno al problema de la contaminación del aire de Beijing.

Tabla 2. Contaminación del Aire

Madre de Familia	Percepción	Problema	Estrategias	Fuente de información	Eficacia	Nuevo problema
Andrea	Agresor a la salud	Contribuye a enfermedad de vías respiratorias	Uso Filtro doméstico Mascarilla Resguardo Consulta web	Medios Colegas diplomáticos Entorno escolar	Filtro y mascarilla regular eficacia Resguardo limitante	Limitación para el óptimo desarrollo infantil Aumento gastos
Daniela	problema para enfermar detección de riesgo previo a su migración	Contribuye a enfermedad respiratoria riesgo de no tener un crecimiento saludable	Uso filtro doméstico Resguardo Consulta web	Medios Colegas diplomáticos Entorno escolar	Filtro más eficaz No uso de mascarilla Resguardo limitante	Limitación para el óptimo desarrollo infantil Aumento gastos
						Limitación

Lucía	Malestar, mal ambiente	Contribuye a la aparición de alergias o infecciones	Uso filtros domésticos Resguardo	Entorno escolar Esposas de los militares	Filtro regular eficacia Resguardo limitante	para el óptimo desarrollo infantil
Marina	Problema para enfermar detección del riesgo previo a su migración	Contribuye al riesgo de disminución de defensas aparición múltiple enfermedad	Uso filtros domésticos Resguardo Consulta web Mascarilla	Medios de comunicación empresa laboral comunidad	Filtro más eficaz Mascarilla ocasional Resguardo limitante	Limitación para el óptimo desarrollo infantil Aumento gastos
Leticia	Suciedad Riesgo a la salud previo a su migración	Contribuye al riesgo de enfermedad respiratoria	Uso filtro doméstico Mascarilla Consulta web Resguardo	Medios de comunicación empresa laboral comunidad	Filtro regular eficacia Resguardo limitante Mascarilla ocasional	Limitación para el óptimo desarrollo infantil
Pilar	Malestar y suciedad	Contribuye a la disminución de defensas riesgo de enfermedad respiratoria	Uso filtro doméstico Mascarilla Consulta web Resguardo	Medios de comunicación Comunidad latina Entorno escolar	Filtro y mascarillas regular eficacia. Resguardo limitante	Aumento gastos Limitación para el óptimo desarrollo infantil

FUENTE: Datos propios 2011-2013.

Contaminación por agua

En los seis casos el problema de la calidad del agua fue percibido como un riesgo para la salud de los niños. Todas las madres tenían conocimiento, previo a su migración a China, de que el agua sucia era fuente de infecciones diarreicas, fiebre y deshidratación, siendo la actividad humana y la falta de un adecuado sistema de purificación la principal causa de su contaminación. Este saber materno fue construido durante la crianza de los hijos en México a través de la experiencia familiar y del contacto con los servicios pediátricos de salud.

El motivo de la preocupación en torno a este tema surgió del contacto social de las participantes con los medios de comunicación locales, colegas de trabajo, la comunidad, los servicios de salud, un grupo de discusión en internet llamado *Beijing Organic Consumers Association (BOCA)* y el entorno escolar. Estos referentes plantearon la problemática del consumo de agua contaminada y el riesgo de enfermedad infantil, así como las medidas de protección que las mujeres incorporaron a los cuidados maternos. La noción de daño dentro del modelo explicativo fue la aparición de enfermedades diarreicas e intoxicaciones generales en relación al consumo de agua local contaminada y los alimentos preparados.

Dentro de la labor que realizo en la embajada, parte de mi tarea consiste en alertar a la comunidad mexicana (...) les digo que tengan cuidado con lo que comen o toman porque la diarrea del viajero es muy frecuente (...) yo todo esto lo aplico por supuesto en mi casa para que nadie nos enfermemos, los chinos a veces no cuidan el agua con la que cocinan, a veces ni siquiera es potable. Daniela (Entrevista, 2013).

Las recomendaciones a las que hicieron referencia las madres como estrategia de afrontamiento con respecto a la percepción de riesgo de la enfermedad por consumo de agua contaminada, fueron la abstención del consumo de agua y hielos en restaurantes con mala higiene y de la compra de agua local embotellada. Por otro lado se fomentó la adquisición de filtros de agua domésticos y la compra de agua embotellada importada para asegurar su calidad. La abstención del consumo y de la compra de agua embotellada local obedeció a la percepción materna de que los productos chinos no garantizaban su calidad.

He leído varias veces que el cuarenta por ciento de las botellas embasadas son piratas, sólo las llenan con agua de la llave por lo que no son seguras. Daniela (Entrevista, 2012).

Esta noción surgió principalmente de la información obtenida de los medios referenciales que las participantes consultaron, donde se ponía énfasis a la pobre supervisión de los procesos locales de purificación.

En el foro de BOCA han dicho que el agua que viene en botellas puede estar alterada, algo así como "fake water", porque no es el agua purificada que dicen vender, sobre todo si se sospecha que la botella está en malas condiciones. Marina (Entrevista, 2012).

Una de las estrategias más efectivas para los cuidados maternos fue la adquisición de filtros a base de carbón activado, cuyo modelo más comercializado fue Aquasana®, con un precio promedio de 50 USD. Al igual que en el apartado de la calidad del aire, en los seis casos el uso de estos filtros representó una medida confiable para reducir el riesgo de daño a la salud al momento de cocinar o tomar un baño. El agua para consumo, en los seis casos, fue de agua embasada de dos marcas principalmente: Nestlé® (importada) y *Nong Fu Spring* (农夫山泉)®, por ser éstas las de mayor calidad y seguridad. Cuando las familias se encontraban fuera del domicilio y requerían beber agua embotellada, las madres optaban por la compra de agua importada aunque implicara un mayor costo.

Ya sabes, (...) se dice que los chinos piratas rellenan las botellas con agua de donde sea y le pegan de nuevo la tapa con tal de ganar dinero, mucho de las marcas locales, pero no tanto con marcas importadas como por ejemplo Evian® porque de esas botellas los sellos y las etiquetas son diferentes y es la que aconsejan consumir. Pilar (Entrevista, 2012).

Las estrategias de protección establecidas por las participantes fueron percibidas dentro de los cuidados maternos como medidas eficaces frente al riesgo de enfermedad por contaminación del agua, puesto que el número de cuadros diarreicos infantiles fueron escasos, en comparación con la expectativa y temor de las madres. A pesar que el agua potable forma parte de los requisitos

básicos de salud establecidos por la OMS, las prácticas maternas realizadas como medida de protección a la salud infantil, trajo como consecuencia una perspectiva de inseguridad y rechazo frente a este recurso vital. Las medidas adoptadas también generaron mayores gastos económicos que incrementaron el costo de vida de algunas de las familias para poder asegurar su bienestar, y adoptaron una postura de desconfianza hacia la sociedad receptora en su experiencia migratoria. A continuación se presentan las principales representaciones y las prácticas de los seis casos realizados en torno al problema de la contaminación del agua de Beijing.

Tabla 3. Contaminación del Agua

Madre de Familia	Percepción	Problema	Estrategias	Fuente de información	Eficacia	Nuevo problema
Andrea	Recurso inseguro para salud	Contribuye a enfermedad diarreica e intoxicación	Filtros de agua Abstención consumo en la calle Compra de agua importada	Medios de comunicación Clínicas Colegas diplomáticos	Percibe alguna eficacia	Aumento costo de vida Desconfianza hacia productos locales
Daniela	Un problema ambiental generalizado riesgo para la salud	Contribuye a enfermedad diarreica	Filtros de agua Abstención consumo en la calle Compra de agua importada	Medios de comunicación Clínicas Colegas diplomáticos	Percibe alguna eficacia	Desconfianza hacia productos locales
Lucía	Cualquier agua urbana es un riesgo para la salud	Contribuye a enfermedad diarreica	Filtros de agua. Compra de agua importada	Medios de comunicación Esposas de militares	Percibe alguna eficacia	Aumento costo de vida Desconfianza hacia productos locales
Marina	Un problema ambiental generalizado Provoca enfermedad	Contribuye a enfermedad diarreica y otro tipo de enfermedad	Filtros de agua Abstención consumo en la calle Compra de agua importada	Medios de comunicación BOCA Empresa laboral	Percibe alguna eficacia	Desconfianza hacia productos locales
			Filtros de			

Leticia	Recurso inseguro para la salud	Contribuye a enfermedad diarreica y cúmulo de tóxicos	agua Abstención consumo en la calle Compra de agua importada	Medios de comunicación BOCA Empresa laboral	Percibe alguna eficacia	Desconfianza hacia productos locales
Pilar	Recurso inseguro para la salud	Contribuye a enfermedad diarreica	Filtros de agua Abstención consumo en la calle Compra de agua importada	Medios de comunicación Comunidad latina	Percibe alguna eficacia	Aumento costo de vida Desconfianza hacia productos locales

FUENTE: Datos propios 2011-2013.

Contaminación por agresores microbiológicos

Dentro del conjunto de saberes maternos en torno al cuidado de la salud infantil se encuentra el control de aquellos microorganismos generadores de infecciones, principalmente dermatológicos y gastrointestinales. Una de las prácticas higiénicas que las madres enseñaron a sus hijos es el lavado de las manos con agua y jabón antes de ingerir alimentos, al regresar de la calle o después del uso del sanitario. Aunque esta práctica ya se realizaba de forma rutinaria en México, durante su estancia en Beijing las madres de familia reforzaron esta medida debido a la información obtenida de referentes sociales como el entorno escolar, los servicios de salud y la comunidad de extranjeros, quienes problematizaron la contaminación por gérmenes a través de objetos sucios y la gran densidad poblacional que facilitaba su contagio en espacios públicos.

El problema es que aquí somos tantos (...) el contagio de cualquier bacteria es mucho más rápido (...) desde mi formación profesional como química sabía esto de que no en todos lados la gente se enferma de lo mismo, hay gérmenes locales. Marina (Entrevista, 2012).

La percepción materna del riesgo a la salud infantil por microorganismos locales, partió de la noción de “gérmenes desconocidos”, es decir, de hacer contacto por vez primera con agentes dañinos que no son endémicos de México y que suponen una mayor vulnerabilidad para provocar enfermedad infecciosa.

A mí me da miedo que (su hijo) pesque cualquier bicho que no sepamos qué tan malo es, para los niños es muy fácil que se enfermen de diarrea (...) por eso en mi bolsa traigo el gel anti bacterial y lo usamos cuando estamos en la calle. Andrea (Entrevista, 2012).

Las estrategias de protección para disminuir el contagio infantil que las participantes incorporaron a sus cuidados maternos a través de los referentes sociales, fueron con mayor frecuencia de lavado de manos, el uso del alcohol

isopropílico en forma de gel sanitizante y el retiro del calzado dentro de las casas y escuelas. El Ministerio de Salud chino contribuyó con estas prácticas durante la pandemia de influenza A (H1N1) suscitada en el año 2009.

A partir de lo que nos pasó aquí en China con lo del susto de la influenza, sabíamos que era grave y contagioso por eso yo siempre cargo el desinfectante en la bolsa, en la guantera del coche y en la mochila de los niños, está bien por si no hay un lugar donde lavarse las manos. Leticia (Entrevista, 2012).

La práctica cultural china, que las participantes adoptaron rápida y fácilmente como medida higiénica de cuidados maternos fue el uso de distinto calzado dentro de la casa, al utilizado en el exterior (calle). Los zapatos “de calle” se resguardaban en muebles especiales ubicados a la entrada de los hogares y para deambular en el hogar se empleaban sandalias o calcetas gruesas. La persona que entraba al hogar debía cambiarse el calzado o cubrirlo en una zona especial caracterizada por ser un gran recuadro elaborado con un material distinto al del resto del piso del inmueble, casi siempre hecho de azulejo. Este cuadro asemeja mucho al mecanismo que se encuentra en los quirófanos (zona de transición o zona gris), donde el personal de salud cubre sus zapatos con botas desechables para no contaminar la sala de operaciones.

Cuando recién llegamos a China, todos en la embajada nos decían que tuviéramos cuidado de no andar pisando los gargajos y orines que la gente deja, algunos chinos siguen haciendo sus necesidades donde sea, en plena calle. De hecho mi marido tiene un libro¹⁷ escrito por un diplomático que habla de las costumbres chinas, que por salud tradicional la gente eliminaba lo que les hacía daño, pero que el gobierno tuvo que combatirlo después para educarlos, porque ya era demasiada la suciedad, mucho más que ahora (...) nos acostumbremos a quitárnoslos (en referencia a los zapatos), mi hijo lo hace a diario en la escuela y como es una costumbre de siempre aquí en China, a donde vayas y te los quites nadie se los roba. Andrea (Entrevista, 2013).

Para la mayoría de las participantes, transitar por las calles expuestas a excreciones corporales desechadas, fue percibido como una falta de educación cívica de la sociedad receptora, generando una noción negativa hacia la población local. La suciedad en las calles y el retiro del calzado en las casas, obedecía a una lógica de práctica sanitaria para evitar el arrastre de los agresores microbiológicos al interior de los hogares y el riesgo de infecciones en los niños.

¹⁷ El libro al que se hace mención se titula *Los oráculos de Beijing: Superstición, sociedad y epidemias en la China actual*, escrito por Alejandro Pescador (México, Editorial Porrúa). En su obra, el autor describe cómo el Consejo de Estado chino a través de campañas propagandísticas pretendía controlar la epidemia del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SRAG, una forma de neumonía atípica), se pedía a la población no lanzar escupitajos en la vía pública, acto denominado *meisuzhi*, falta de urbanidad. Se obsequiaban bolsas de plástico para almacenar los desechos y se distribuyeron millones de folletos sobre las precauciones que la población debía tomar para evitar su contagio.

Otro agente microbiológico que generó la percepción de riesgo para la salud fue el virus Coxsackie A16 causante de la enfermedad exantemática conocida como *hand mouth and foot disease*, o enfermedad mano-pie-boca. Dos de los casos construyeron representaciones maternas en torno a este virus ya que sus hijos tenían la edad epidemiológica de mayor riesgo para la adquisición de la enfermedad.

Aunque la enfermedad es auto limitada y no deja secuelas, la importancia radica en las consecuencias del aislamiento durante el periodo de la convalecencia, para evitar el contagio entre la población infantil. Dentro de los saberes maternos referidos, se encontró que el virus afecta a los menores de diez años, está presente en el ambiente de concentración pública como las escuelas y guarderías, pero se activa durante el verano e inicio de otoño. El contagio ocurre a través de contacto directo y por la inhalación de las gotas de flush o Flugge de las secreciones. Las dos madres de familia recibieron información de la escuela para aprender a detectar tempranamente los síntomas y fomentar los cuidados maternos de autoatención doméstica.

Inicia como algo muy parecido a la gripa pero con más fiebre y el niño se siente muy mal. La escuela insiste en que si el niño no quiere comer, o le aparecen las weals (ronchas en inglés) en los pies, en las manos y en la boca, una va al médico y no se lleva a la escuela hasta que se cure como en dos semanas o más. Daniela (Entrevista, 2012).

Como medidas de prevención escolar frente a un brote del virus, las clases se suspendían por espacio de una semana para que cada familia pudiera vigilar si su niño estaba contagiado. La frecuente suspensión de clases fue considerada como una medida con impacto negativo, debido al impedimento del óptimo desarrollo de los niños al no poder convivir de forma continua en su entorno social escolar.

Yo digo que es una exageración que a cada rato suspendan clases, la escuela cobra muy caras las colegiaturas y no reponen nada, tenerlo en casa encerrado es muy aburrido para él y también pesado para mí (...) sé que lo hacen para que nadie se enferme pero el niño aislado también es malo. Andrea (Entrevista, 2012).

Además del aislamiento social infantil, otra consecuencia de las medidas de protección de riesgo por contagio fue la alteración de las actividades maternas.

Era una preocupación que a cada rato tuviera a mi hijo en casa, primero pensando en que no se fuera a enfermar y después porque el niño no podía salir con otros niños, (...) mi hijo chiquito no lo entendía y se enojaba, además yo no podía faltar a la embajada porque finalmente el niño no estaba enfermo, me iba preocupada y todo se me ponía de cabeza. Esa falta de socialización en la escuela creo que es importante, porque entonces va a crecer pensando que estar en grupo de niños es peligroso para su salud. Daniela (Entrevista, 2012).

Las prácticas de resguardo escolar, lavado de manos, uso de gel anti bacterial y el retiro del calzado fueron consideradas como estrategias eficaces de cuidados maternos frente a los riesgos de contagio por agentes microbiológicos, puesto que el número de cuadros febriles o infecciosos fueron mínimos en relación a las expectativas planteadas por las madres de familia.

La consecuencia negativa derivada de estas estrategias fue la percepción materna de una limitación importante para el óptimo desarrollo de los niños en cuanto a su convivencia social, ya que la abstención del contacto físico, a decir de las madres, limita el desarrollo de habilidades necesarias para aprender a relacionarse con otros niños de su edad. La segunda consecuencia negativa fue una actitud de rechazo de las participantes hacia la sociedad receptora en los espacios públicos, ya que las diferencias de la construcción sociocultural respecto a los hábitos higiénicos presentado por la población china provocó aversión hacia la interacción e integración social por parte de las familias mexicanas de este estudio.

Se presenta a continuación las principales representaciones y las prácticas de los seis casos realizados en torno al problema de los agentes microbiológicos causantes de enfermedad.

Tabla 4. Control de agentes microbiológicos

Madre de Familia	Percepción	Problema	Estrategias	Fuente de información	Eficacia	Nuevo problema
Andrea	Riesgo para la salud por deshabitación hacia el germen	Causantes directos de diarreas	Lavado de manos Gel alcohol Retiro calzado Resguardo o aislado	Medios de comunicación Clínicas Colegas diplomáticos Entorno escolar	Percibe alguna eficacia	Limitación para el óptimo desarrollo infantil Opinión negativa de la sociedad receptora
Daniela	Riesgo para la salud por deshabitación hacia el germen	Causantes directos de diversas infecciones	Lavado de manos Gel alcohol Resguardo o aislado	Medios de comunicación Clínicas Colegas diplomáticos Entorno escolar	No muy eficaz	Limitación para el óptimo desarrollo infantil Opinión negativa de la sociedad receptora
Lucía	Riesgo para la salud por deshabitación hacia el germen	Causantes diarrea y fiebre	Lavado de manos	Medios de comunicación Esposas de militares	No muy eficaz	Opinión negativa de la sociedad receptora

Marina	Riesgo para la salud por deshabituación hacia el germen	Causantes de diversas infecciones	Lavado de manos Gel alcohol Retiro Calzado	Medios de comunicación BOCA Empresa laboral	Percibe alguna eficacia	Opinión negativa de la sociedad receptora
Leticia	Riesgo del agente nocivo en el ambiente	Causantes principales de fiebre gripa y diarrea	Lavado de manos Gel alcohol Retiro Calzado	Medios de comunicación BOCA Empresa laboral	Percibe alguna eficacia	Opinión negativa de la sociedad receptora
Pilar	Riesgo nocivo por disminución del sistema inmune	Causantes de diversas infecciones	Lavado de manos Gel alcohol Retiro Calzado	Medios de comunicación Comunidad Latina	Percibe alguna eficacia	Opinión negativa de la sociedad receptora

FUENTE: Datos propios 2011-2013.

Consideraciones Finales

Los requisitos básicos para fomentar y conservar la salud humana como son el aire limpio, el agua potable, una alimentación segura y una vivienda digna, han sido agravados a consecuencia de los efectos del cambio climático (COFEPRIS, 2012). La presencia de factores antropogénicos que influyen en el cambio climático, incrementan la vulnerabilidad de los sistemas ecológicos y sociales, provocando daños en los grupos humanos de mayor riesgo. De acuerdo con Álvarez-Larrauri (2015) no se ha estudiado a profundidad el daño real que el impacto climático produce, puesto que los indicadores nacionales e internacionales empleados se restringen a aspectos unidimensionales que no contemplan apartados culturales y sociales a niveles micro. Como lo señala Serrano-Berthet (2013), es en la dimensión social donde los motores exógenos de la vulnerabilidad, como la exposición a los factores ambientales nocivos, ejercen su mayor efecto. El medio urbano de Beijing no cuenta con las intervenciones necesarias para frenar los índices de la mala calidad del aire y la contaminación del agua, aunado al problema de sobrepoblación que facilita el contagio de agentes microbiológicos. Estos motores exógenos influyeron en los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad dentro del ámbito doméstico (Kleinman, 1988) puesto que la percepción materna del riesgo ambiental en un contexto migratorio distinto al de su país de origen, generó una serie de prácticas encaminadas a hacer frente al cuidado de la salud infantil. Lo anterior guarda relación con la dimensión social propuesta por Serrano-Berthet, ya que conlleva a una capacidad de adaptación de las madres, mediante la incorporación de nuevos recursos y actividades, como la adquisición de insumos, la restricción de consumo de productos locales y la abstención de desenvolverse en espacios abiertos. Los

cuidados maternos basados principalmente en el modelo de auto atención de Menéndez (1983) y el de mecanismos de atención, estrategias y riesgo de Peña (2012) se modificaron de acuerdo a la percepción del riesgo ambiental y del surgimiento de la enfermedad. Cuando las madres percibieron un alto riesgo para la salud, realizaron una serie de estrategias dentro del ámbito doméstico, tendientes a controlar los posibles daños. Si después de llevar a cabo sus estrategias no se hace presente la enfermedad, las estrategias aplicadas se consideraron como eficaces, independientemente de los costos económicos y por lo tanto, los medios de vida fueron resilientes. Sin embargo, si después de llevar a cabo sus estrategias se presentaba la enfermedad, rebasando los cuidados domésticos frente al motor exógeno de vulnerabilidad climática, las estrategias fueron percibidas como de mala eficacia y con ello, los medios de vida resilientes no tuvieron el impacto esperado para el bienestar a nivel familiar y las medidas fueron consideradas como costosas y negativas. En este contexto es importante destacar que la resiliencia de las madres como sujetos sociales se ve limitada importantemente por la magnitud de las consecuencias que actualmente son producto de la contaminación ambiental antropogénica que condiciona el cambio climático y no depende enteramente de las estrategias maternas del cuidado de la salud.

Bibliografía

Neil Adger, *Sustainability and social resilience in Coastal resource use*, Londres, Centre for Social and Economic Research on the Global Environment, University of East Anglia and University College, 1999.

Miguel Ángel Altieri y Clara Nicholls, "Agroecología y resiliencia al cambio climático: Principios y consideraciones metodológicas", *Agroecología vol. 1*, núm 8, 2013.

Arthur Kleinman, *The Illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. New York, Basic books, 1988.

Ramón Álvarez Larrauri, "Indicadores del cambio climático y su aplicación en México" en *Cambio climático y procesos culturales vol. 2*, México, 2015.

Alexander Bischoff y Louis Loutan, *Other words, other meanings. A guide to health care interpreting in international settings*, Switzerland, Hopitaux Universitaires, 2008.

Centre for Economics and Business Research, "World Economic League Table 2015 Highlights", 2014. <http://www.cebr.com/reports/world-economic-league-table-2015/>

Centro de Prensa OMS, "Cambio climático y salud". Nota descriptiva N°266,2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/es/>

COFEPRIS, *Bases para el desarrollo de indicadores sobre salud y cambio climático en México*, Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, México 2012.

Mike Donaldson y Richard Howson, *Men, Migration and Hegemonic masculinity*, Australia, Universidad de Wollongong, 2009.

James Gauderman et al, "Association of improved air quality with lung development in children", *New England Journal of Medicine*, núm. 372, DOI: 10.1056/NEJMoa1414123, 2015.

María Elena Gutiérrez y Tatiana Espinosa, *Vulnerabilidad y adaptación al cambio climático: Diagnóstico inicial, avances, vacíos y potenciales líneas de acción en Mesoamérica*, Estados Unidos, Banco Interamericano de Desarrollo Unidad de Energía Sostenible y Cambio Climático, 2010.

Leticia Hernández-Cadena, "Morbilidad infantil por causas respiratorias y su relación con la contaminación atmosférica en Ciudad Juárez, Chihuahua", *Salud Pública de México*, vol.49, núm1, 2007.

Tom Holland, "Better pollution policies would mean longer lives for millions." *South China Morning Post, Business Section*, 2013. <http://www.scmp.com/business/article/1279871/better-pollution-policies-would-mean-longer-lives-millions>

Chai Jing, Documental "Under the Dome" (Archivo de video) Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=MhIZ50HKIp0>. Consultado Febrero 28, 2015.

National Bureau of statistics of China "Main Pollutant Emissions in Waste Water in Main Cities 2011" *China Statistical Year Book 2012*. <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2012/indexeh.htm>

Niall McCarthy, "Air Pollution Levels In Perspective: China and the US" *The Statistics Portal*, 2015. <http://www.statista.com/chart/3161/air-pollution-levels-in-perspective/>

Eduardo Menéndez, *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y auto atención (Gestión) en salud*. México, Cuadernos de la Casa Chata, 1983.

Alexander Millman, "Air Pollution Threatens the Health of Children in China." *Pediatrics*, vol. 122, núm. 3, 2008.

Mirjana Morokvasic, "Birds of Passage are also Women", *International Migration Review*, vol. 18, núm. 4, 1984.

Organización Internacional Migración OIM, Rubro "Salud y Movilidad", 2011. <http://www.iom.int/jahia/Jahia/developing-migration-policy/migration-and-health/lang/es>.

Anna Ortiz y Cristóbal Mendoza, "Mujeres expatriadas en México: trabajo, hogar y vida cotidiana." *Migraciones Internacionales*, vol. 4, núm. 2, 2007.

Rosa María Osorio, *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México, Instituto Nacional Indigenista/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2000.

John Parker *et al.*, *Vulnerabilidad y resiliencia frente al cambio climático en el occidente de Honduras*, African and latin american resilience to climate change (ARCC), Honduras, 2014.

Edith Yesenia Peña, *Enfoque biocultural en antropología. Alimentación-nutrición y salud-enfermedad en Santiago de Anaya, Hidalgo*, México, Colección antropología física, Serie Testimonios. Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2012.

Rodrigo Serrano–Berthet y Martín Lenihan (coord.) *Las dimensiones sociales del cambio climático en México*, Banco Mundial, Unidad Administrativa del Sector de Desarrollo Sustentable Región de América Latina y el Caribe, 2013.

María Teresa Stevens, *Familia y trabajo en un nuevo país. Estrategias que siguen las mujeres profesionistas inmigrantes latinoamericanas en cuanto a trabajo remunerado y familia en Calgary Canadá*, México, Universidad Iberoamericana, 2010.

Tao Tao y Xin Kunlun. "Public health: A sustainable plan for China's drinking water" *Nature*, vol. 511, 2014. Doi: 10.1038/511527a

Francisco Vargas, "La contaminación ambiental como factor determinante de la salud." *Revista Española de Salud Pública*, vol. 79, núm. 2, 2005.

Macarena Vidal, "China creará en 2017 el mayor mercado de emisiones del mundo". *Periódico El País*, 2015.

http://internacional.elpais.com/internacional/2015/09/25/actualidad/1443205482_268845.html.

Edward Wong, "Beijing issues red alert over air pollution for the first time", *Asia pacific*, New York Times, 2015.

[Http://mobile.nytimes.com/2015/12/08/world/asia/beijing-pollution-red](http://mobile.nytimes.com/2015/12/08/world/asia/beijing-pollution-red)

World Bank Group, "East Asia & Pacific Economic data base"2015.
<http://data.worldbank.org/country/china>.

Junfeng Zhang et al, "Environmental health in China: progress towards clean air and safe water." *The Lancet*, vol. 375, Issue 9720, 2010.

"Beijing Population National Population and Family Planning Commission of China". *Periódico China Daily*, 2010.
<http://www.npfpc.gov.cn/en/detail.aspx?articleid=100302125224937535>

Otras actividades: Congreso y Cartel

Congreso

Migración e interculturalidad en salud: comparación de los cuidados maternos a niños escolares en dos contextos, China y España

II Congreso Nacional de Antropología Social y Etnología, realizado en la ciudad de Morelia Michoacán, septiembre de 2012

Constancia del congreso.

Ponencia presentada.



II CONGRESO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y ETNOLOGÍA

"Soberanías negociadas en las cotidianidades del siglo XXI"

Otorga la presente

CONSTANCIA

A

Ericka Gabriela Orozco Saul

Por su participación con la ponencia

Migración e interculturalidad en salud: Comparación de los cuidados maternos a niños

escolares en dos contextos, China y España



Dr. Andrew Roth Seneff
Presidente del Comité Organizador

Josefina Ramirez Velázquez
Coordinador del Simposio

Morelia Michoacán, Centro Cultural Clavijero, 19 al 21 de Septiembre de 2012.

Migración e interculturalidad en salud: comparación de los cuidados maternos a niños escolares en dos contextos, China y España

Jaime de las Heras Salord

(Jaime.Heras@uclm.es)

Facultad de Medicina de Ciudad Real España

Ericka G. Orozco Saul

(erickaosaul@gmail.com)

Universidad Nacional Autónoma de México

Ponencia presentada en el II Congreso Nacional de Antropología Social y Etnología, realizado en la ciudad de Morelia del 19 al 21 de septiembre de 2012

INTRODUCCIÓN

España:

Tras el fin de la dictadura franquista, el flujo migratorio experimentó en España una profunda transformación, pasando de una emigración hacia países centroeuropeos iniciada tras el proceso de industrialización de los años cincuenta al predominio de una inmigración que, entre 1990 y 2007, se multiplicó por diez, llegando a constituir un doce por ciento de la población española.¹⁸ Este proceso no se ha dado de igual modo en todas las regiones españolas. Así, en Castilla la Mancha, el porcentaje de extranjeros residentes oscilaba en torno al 0,8% en el año 2000, ocupando el antepenúltimo lugar en el conjunto de las Comunidades Autónomas, mientras que en 2011 se situaba en una posición intermedia, con cifras en torno al 11% según cifras del INE y Eurostat¹⁹. Probablemente este hecho sea consecuencia de que la Comunidad Castellano Manchega haya constituido un segundo destino migratorio, sobre todo tras una primera residencia en la Comunidad Valenciana –que se ubicó en 2011 en la segunda posición a nivel nacional-, como se desprende de nuestro estudio.

A finales del siglo XX, el colectivo africano –constituido principalmente por marroquíes- ocupaba el segundo lugar después del europeo pero, a partir de 2001, ambos grupos han cedido su protagonismo a poblaciones andinas (Reher, 2008).

En 1986 fue promulgada en España la Ley General de Sanidad, que articulaba las prestaciones en materia de sanidad por parte del Estado en un Sistema Nacional de Salud, una de cuyas principales características fue la extensión de los servicios de salud a toda la población. Por tanto, al dejar de ser el vínculo laboral un requisito necesario para la obtención de asistencia médica, nuevos grupos sociales tuvieron acceso a la misma, entre otros los inmigrantes carentes de

¹⁸ Cálculos realizados a partir de las poblaciones de inmigrantes en España reflejadas por el Instituto Nacional de Estadística. www.ine.es

¹⁹ Véase EUROSTAT (2012) Spain - Internal regional migration by sex, region of origin and destination, en http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=migr_r_2es&lang=en

contrato de trabajo. Este derecho fue eliminado en abril de 2012 mediante un Real Decreto promulgado por el gobierno reformista de Mariano Rajoy.

A pesar de la gratuidad y universalidad del Sistema Nacional de Salud, es un hecho conocido que el uso de los servicios sanitarios es menor entre el colectivo inmigrante que entre el nacional, especialmente en lo que se refiere a las consultas especializadas (Regidor, 2009, pp 4-11). En un estudio realizado durante los meses de septiembre y octubre de 2007 en nuestra localidad de estudio (De Las Heras, s/f), se objetivó que la población inmigrante marroquí representaba el 2,92% de la total. Sin embargo, la demanda de asistencia por dicho colectivo sólo supuso un 1,27%. En el servicio de urgencias, de 200 casos asistidos, sólo 14 correspondieron a personas inmigrantes, que incluyen no sólo a marroquíes sino también a otras nacionalidades tanto sudamericanas como centroeuropeas. Este escaso uso de la atención de urgencias contrasta con la percepción de los médicos locales, para los que la población inmigrante y especialmente la marroquí es altamente demandante y consumidora de servicios sanitarios.

Diversos motivos concurren en esta baja utilización de los recursos sanitarios por parte de los colectivos magrebíes, como la ausencia o limitación de estos recursos en su país de origen, el elevado nivel de salud²⁰ o las dificultades para asistir a la consulta médica en un régimen laboral similar al patronazgo del sistema preindustrial.

La economía agropecuaria fue, hasta los años cincuenta del siglo XX, el motor principal de la sociedad manchega, perdiendo protagonismo hasta alcanzar un valor residual en nuestros días, en que menos de un dos por ciento de las familias residentes en Casas de Juan Núñez se mantienen a sus expensas. Las duras condiciones y escasa remuneración del trabajo con el ganado ovino hacen difícil a los propietarios encontrar personas que quieran trabajar como pastores. Es este nicho laboral el que ocupan los varones inmigrantes marroquíes, procedentes a

²⁰ Debe tenerse en cuenta que, dada la ilegalidad del ingreso al continente europeo, sólo las personas con mejor salud pueden realizar el viaje, en un proceso de auténtica selección natural.

menudo de regiones bereberes en las que la mayor parte de la población está familiarizada con el pastoreo.

Las plazas vacantes de pastor son comunicadas a través de las redes familiares y sociales y los nuevos “aspirantes” son sometidos por lo general a un régimen de trabajo intensivo sin contrato alguno como “período de prueba”. Sólo cuando el propietario o encargado lo considera oportuno legaliza la situación y es entonces cuando el trabajador reclama a su esposa e hijos para conciliar la vida familiar en España. Las mujeres colaboran a veces en el trabajo con los animales (limpieza, ordeño, etc) y muy raramente en la ayuda a domicilio²¹.

En el Sistema Nacional de Salud todos los miembros de la familia son progresivamente captados por los profesionales sanitarios para integrarlos en distintos Programas de Salud (del niño sano, del adulto, del anciano, de la prevención del cáncer femenino, etc). Este hecho, asociado a la ausencia/escasez de referentes culturales en el entorno, introduce modificaciones en los patrones de conducta del proceso salud/enfermedad/asistencia, en el que se combinan los recursos médico-científicos con los de autoatención y los de atención por sanadores no-hegemónicos, siguiendo el esquema propuesto por Menéndez (Menéndez, 1992, pp 97-114). En los escenarios de origen, la mayoría de prácticas se desarrollan en el contexto de la autoatención y la Medicina doméstica, ejecutada por las mujeres (Aixelá, 2008, p 143). La Medicina Tradicional ocupa también un importante papel y es ejercida por curanderos expertos en herbolaria, santos poseedores de un don sanador, magos y *fiqs*, instructores religiosos que utilizan el Corán para curar (Casas et al, 2009, cap 20, p 8).

China

²¹ El mercado ilegal de la ayuda a domicilio impone condiciones de trabajo de 24 horas al día todos los días de la semana, a veces con permisos de algunas horas, con sueldos inferiores al Salario Mínimo Interprofesional. Sólo las escasas mujeres marroquíes que llegan sin otra familia acceden a estos trabajos que son desempeñados con mayor frecuencia por inmigrantes procedentes de otros países.

La República Popular China (RPC) actualmente se muestra al mundo de forma especial. Más allá de ser considerada como la nación más poblada del mundo, de una amplia riqueza cultural e histórica, el panorama económico internacional la señala como una de las potencias más sólidas y en constante desarrollo. En las últimas tres décadas ha sido el país con mayor crecimiento económico sostenido a nivel mundial, registrando tasas de crecimiento promedio anuales del Producto Interno Bruto (PIB) de 10 por ciento (Expansión, 2011). Datos del Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial y el anuario *The World Factbook* publicado por la Agencia Central de Inteligencia (CIA) de los Estados Unidos ubican a China como la segunda economía más grande del mundo, (IMF, 2012) que superará probablemente a la economía estadounidense para el año 2016. Debido a esto, la comunidad internacional ha puesto su mirada sobre China para buscar fortalecer los lazos políticos, económicos, comerciales y educativos, dando como resultado un aumento del flujo migratorio de extranjeros hacia el superpoblado país (Skeldon, 2011).

Dentro de esta comunidad internacional interesada se encuentra México, ya que el país asiático es su segundo socio comercial a escala mundial, segundo como abastecedor y séptimo como comprador (Camacho, 2012). En la última década se ha visto un aumento del número de migrantes mexicanos a China en búsqueda de mayores oportunidades para estrechar las relaciones entre ambos países en los ámbitos político, comercial, cultural y educativo. El número exacto de mexicanos que habitan en China se desconoce, debido al subregistro que hay en los consulados mexicanos instalados en todo lo largo del país. La Embajada de México en China estima que habitan en ese país asiático un aproximado de 1,200 mexicanos, con variaciones y fluctuaciones temporales. De este número, cerca de 400 personas residen en la capital Beijing. Esta ciudad es considerada como uno de los corazones más fuertes que concentran la actividad política del país, siendo sede del Partido Comunista Chino (PCCh), reuniendo a embajadas de más de cien países, concentrando importantes universidades, centros de investigación e institutos culturales.

El tipo de movilidad humana entre México y China que abarca el presente artículo, se refiere al proceso de migración internacional de grupos familiares altamente calificados, en donde estos actores deciden de forma libre el destino donde puede obtener el mayor rédito posible. El jefe de familia toma la decisión consensuando la salida de México con la esposa, quien se convierte en migrante acompañante.

El migrante calificado se distingue por contar con ciertas características en relación a su tipo de estancia en la sociedad receptora; es aquel que: "(...) por sus competencias recibe un tratamiento preferencial en cuanto a su admisión en un país distinto al suyo. Por esas razones, está sujeto a menos restricciones en lo que respecta a la duración de su estadía en el país receptor, al cambio de empleo y a la reunificación familiar" (OIM, 2012).

La concentración de migrantes calificados residentes en Beijing genera actualmente una importante demanda de servicios en el ámbito escolar, comercial, de entretenimiento, y por supuesto de atención a la salud. Acerca del sistema de salud, es importante hacer notar que China es uno de los pocos países que aceptan, reconocen, legalizan e impulsan sistemas médicos plurales, haciendo énfasis en la medicina tradicional milenaria que los caracteriza y al mismo tiempo en la tecnología científica de la medicina occidental. La Organización Mundial de la Salud respalda el rol que juegan la acupuntura y herbolaria china a nivel nacional e internacional, a través del impulso y gestión acciones contempladas en el sistema chino nacional de salud. Mediante este sistema, los pacientes chinos y migrantes extranjeros se benefician abiertamente de ambos enfoques médicos y terapéuticos (OMS, 2004).

Por otra parte, los estándares del servicio médico en China han ido en evolución. A partir del cambio de modelo económico llevado a cabo en 1979, la cobertura y la prestación de servicios de salud han sufrido grandes transformaciones hacia una estructura de economía de mercado que condiciona la "universalidad" y protección de estos servicios, dependiendo del nivel de ingreso de los ciudadanos y del pago por consumo (Yan, 2010).

Beijing cuenta con alrededor de 500 centros hospitalarios de los cuales catorce disponen de recursos necesarios para la atención enfocada a extranjeros, (Moreau, 2012) incluyendo dos hospitales de alto nivel, *The China-Japan Friendship Hospital* y el *Beijing United Hospital*. Estas instituciones privadas *ad hoc* para extranjeros otorgan sus servicios mediante el cobro del seguro de gastos médicos del paciente o por medio de un depósito por adelantado, ocasionando limitaciones para el acceso o conflictos al momento del pago. Es importante señalar que los costos de estos servicios y depósitos son considerables, ya que una consulta externa con un médico general de primer contacto suele costar alrededor de USD100, esto sin contemplar los costos adicionales de los fármacos o aquellos procedimientos clínicos que acompañan a la consulta. Otro ejemplo resulta la atención del parto - sin considerar la etapa de control prenatal y el puerperio- tiene un costo aproximado de USD 25,000 (*US Department State*, 2010).

La insatisfacción de los migrantes extranjeros al momento de utilizar los servicios médicos de Beijing han alcanzado medios de expresión como los Blogs y Foros comunitarios locales, donde comparten e informan de casos reales acerca de las dificultades culturales que tienen las personas al momento de llenar formularios en los hospitales, la comunicación con los médicos y las enfermeras al momento de solicitar la consulta y manifestar su sintomatología, e incluso situaciones donde por motivos de desconfianza o experiencias desagradables previas, prefieren regresar a su país de origen para buscar la atención médica o quirúrgica adecuada (*China Beyond the Wall*,2010).

Breve acercamiento a la interculturalidad y salud

De acuerdo con la cultura de cada sociedad y su forma de organización, el hombre ha elaborado diferentes conceptos sobre salud, enfermedad, forma de aliviarla, acciones para su prevención y fomento de la salud (Moreno, 2001). Estas diversas elaboraciones no permanecen de forma aislada dentro de los grupos sociales, ya que los grupos culturales permanecen en constante intercambio e interacción. Esta forma de relacionarse puede entenderse como interculturalidad.

Actualmente, existen múltiples posturas en torno a su precisa definición. Retomando una definición general optimista, que a la vez es promovida por organismos oficiales e internacionales de salud, se contempla a la interculturalidad como la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes (Ramírez, 2008).

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este artículo se han utilizado las técnicas habituales en etnografía, como son la observación participante y la entrevista. En el caso de España, para la primera de ellas ha resultado de gran ayuda el haber trabajado como médico de atención primaria de la localidad durante casi tres décadas, aunque la inmigración magrebí se circunscribe a los últimos 10 o 12 años. Se han realizado entrevistas semiabiertas a cinco de las ocho familias que constituyen la población magrebí de Casas de Juan Núñez. De las tres restantes una se encontraba ausente durante el trabajo de campo y dos no consintieron ser entrevistadas. Para el caso de China, el trabajo realizado comenzó de forma asistencial sirviendo como médico de primer contacto para la comunidad mexicana a inicios de septiembre de 2010. Se hicieron entrevistas semiabiertas a siete de las veinte familias mexicanas residentes de Beijing que cuentan con hijos en edad escolar. De las trece restantes, diez no participaron debido a los frecuentes viajes al interior y exterior del país asiático por su propia dinámica migratoria, y tres no consintieron ser entrevistadas.

En dichas entrevistas se han abordado tres tipos de cuestiones. En primer lugar, los datos personales de los informantes, es decir la edad, sexo, lugar de origen, tiempo de residencia de ambos cónyuges, número de hijos, tipo de trabajo y nivel de estudios. A continuación se ha preguntado acerca de la cosmovisión de la salud y la enfermedad, destacando las enfermedades más presentes, sus causas y pautas e itinerarios terapéuticos y resaltando los cambios acontecidos tras la llegada a España y a China respectivamente. Finalmente se ha introducido el

tema de las enfermedades respiratorias en los niños de hasta 12 años, cuestión central de este artículo, con la pretensión de centrar cuáles son las nociones, atribuciones y conductas que gravitan en torno a dichas patologías y en qué medida han sido todas ellas modificadas por la interculturalidad.

RESULTADOS

I. España

La mayoría de informantes proceden del área del Atlas, de las regiones de Tadmurt, Marrakech-Tensift-El Haouz y Mequinez-Tafilalet, ubicadas en el centro de Marruecos. Muchos pertenecen o descienden de la cultura bereber. Lo más frecuente es que el marido emigre en primer lugar y, cuando encuentra un trabajo y un alojamiento más o menos estable, se desplaza la esposa y los hijos, en ocasiones tras más de cinco años de separación. Mientras que para el primero el viaje es azaroso por su carácter ilegal²², la existencia de un contrato de trabajo permite que el resto de la familia viaje de un modo convencional y seguro. El nacimiento posterior de hijos en España confiere estabilidad a la unidad familiar.

La edad de los informantes oscila entre los 29 y los 40 años y se trata de cinco mujeres y dos varones, todos ellos casados y con hijos, cuyo número oscila entre uno y cuatro. Excepto dos, carecen de formación y no saben leer ni escribir. La mayoría de ellos llegaron a España entre 2004 y 2007. Su trabajo es habitualmente el de pastor de ganado en los hombres y, en algunas mujeres, el de limpiadora o de asistente de ayuda a domicilio para personas impedidas.

²² Una gran parte de los magrebíes que emigran a España buscando trabajo lo hacen navegando en *pateras*, pequeñas embarcaciones con autonomía en combustible y víveres para pocos días en las que se hacían bajo el gobierno de un piloto poco experto en el contexto de un tráfico ilegal de personas organizado por mafias locales e internacionales. La prometida travesía de pocas horas se convierte en una trampa en la que muchos inmigrantes pierden la vida. El precio pedido por las mafias es tan elevado que los viajeros deben pedir dinero a sus familiares. Otros medios de transporte no son menos peligrosos: un muchacho de 17 años me relató su viaje, gran parte del cual realizó asido a la rueda de recambio en los bajos de un camión.

Conservan en gran medida sus referentes culturales, como la religión musulmana, la lengua y las costumbres tradicionales aunque, como se verá más adelante, han perdido algunos elementos en el proceso de aculturación.²³

El elemento que se considera más representativo de la enfermedad es el decaimiento o cansancio, que impide o dificulta la realización de las tareas cotidianas. El segundo lugar lo ocupan el aspecto físico -caracterizado por la facies y el color de la piel y las conjuntivas- y la existencia de fiebre. Otras cuestiones como el dolor o el llanto cobran un protagonismo mucho menor.

Los padecimientos más presentes entre los informantes son las afecciones del estómago, que se relacionan con la ingestión de alimentos. De hecho es una creencia común que “*la mayor parte de enfermedades vienen de la comida*”. Los alimentos responsables son los que se encuentran en mal estado, que han caducado, que están contaminados o “sucios” –por sustancias químicas o por bacterias-, que “*no van con el cuerpo*” -hay comidas que el cuerpo no acepta a causa de un desajuste energético- o que poseen una naturaleza dañina, como las grasas o el alcohol. Los principales síntomas de las enfermedades de este grupo son la diarrea y el dolor de estómago. Contaminación y pureza son elementos determinantes de muchas enfermedades y poseen un origen simbólico-doctrinal, como se verá más adelante.

En segundo lugar aparecen otras causas de enfermedad, como los problemas personales, debido a los “nervios” que generan y que, a su vez, son capaces de alterar procesos corporales produciendo dolencias como hipertensión arterial, enfermedades del corazón, *sokar* (azúcar, por *marad sukary*, diabetes, مرض السكري) o depresión, que puede a su vez conducir al *consir* o *saratoán* (cáncer, سرطان). La idea de contaminación se aplica también a la atmósfera circundante, viciada por una mala ventilación o penetrada por olores muy intensos, puede

²³ Es importante reseñar que, a diferencia de la inmigración americana, las poblaciones magrebíes desplazadas a nuestra región mantienen escasa relación con la población local y persiguen el ideal de regresar a su país algún día para vivir de algún pequeño negocio que el dinero ganado en España les permita organizar. Este fin no se alcanza con frecuencia debido a la parquedad del salario recibido y al envío de *remesas*, cantidades de dinero para saldar las deudas contraídas para la realización del viaje y para mejorar las condiciones de vida de los familiares que quedaron en el país de origen.

desencadenar afecciones respiratorias. Muchas enfermedades se producen por un cambio brusco de temperatura corporal, como ocurre al exponerse al frío cuando se está sudando. La consecuencia es la aparición de *Bugshim* (resfriado (برد نزلة) que, si no se trata precozmente, produce DEGA (asma) así como de *bruda* (روماتزم reumatismo)²⁴. En menor medida se invoca la causa hereditaria, como en el caso de la diabetes que, por otra parte, como la mayoría de enfermedades crónicas, están vinculadas al destino individual determinado por Dios. La idea de designio divino se asocia en ocasiones al castigo, como en el caso del *saratoán*. Se verbaliza como “*está escrito cómo ha morir cada persona*”.

Una informante consideró a la *gourda* (vulgarismo para *darbatu chams*, insolación o golpe de calor, شمس ضربة) como una de las enfermedades más importantes y que, comenzando con un eritema, conducía frecuentemente a la persona a la muerte en el pasado y que puede prolongarse más de un mes. El enfermo debe permanecer en cama y en ocasiones experimenta recidivas del proceso cuando, al sentirse mejor, se levanta y toma un baño.

Las personas socialmente asignadas a la gestión de la enfermedad son las mujeres, aunque en el cuidado de los enfermos puede intervenir cualquier miembro de la familia, con preferencia los hermanos mayores. Pero el conocimiento de la dolencia y de los remedios domésticos para abordarla radica en madres y abuelas y se transmite a las mujeres de las nuevas generaciones. No es infrecuente que ciertas abuelas ejerzan estos saberes fuera del entorno familiar y sean consultadas por vecinos y otras personas. No obstante se producen modificaciones en esta distribución de roles en relación con la migración. Así, cuando en el país de acogida sólo la esposa trabaja, el marido –que en su lugar de origen era el único trabajador- asume el papel de cuidador, facilitado por el cambio en las estrategias terapéuticas que se verá más adelante.

²⁴ El término árabe Brouda hace referencia al frío, por lo que la dolencia sería “enfriamiento”. Sin embargo es corrientemente traducido como “reuma” o “reumatismo”. También es aplicable a la falta de deseo sexual. (Piret, 1991).

Tradicionalmente, la primera instancia asistencial está constituida por la familia. Las herramientas curativas a dicho nivel están representadas sobre todo por la herbolaria. Se trata de hierbas recolectadas en el campo como el orégano, que se bebe en infusión para los dolores de estómago. Para este mismo padecimiento se ingieren semillas secas de comino o de *halba* (alholva, حلبة). La hierbabuena cocida se bebe o se aplica en emplastos para aliviar el dolor de cabeza, la hierba *gueisha* (ج?) se utiliza para la fiebre. Un caso particular es el *bark* (تبريق, إبريق), una mezcla en la que intervienen el jengibre (زنجبيل), el sésamo (سمسم), la canela (قرفة) *bazru al kitan* (semillas de lino, الكتان بذور), *haba sawda* (semillas de Ajenuz البركة حبة), *aljuzama* (espliego, الخزامي) y *jarkum* (cúrcuma الكركم). En esta instancia se aplican otras medidas terapéuticas relacionadas con la dieta, el reposo y el uso de otros recursos tradicionales como el zumo de limón para la diarrea, baños de vapor o cataplasmas y también se utilizan medicamentos de patente.

El papel de los curanderos puede ocupar una segunda instancia cuando en el ámbito familiar no se conocen las hierbas adecuadas para un tratamiento o se carece de ellas. Las estrategias curanderiles parecen limitadas al contexto botánico, una informante refiere que “*no va al curandero porque ya conoce todas las hierbas*”. Los denominados “síndromes culturales” no son abordados por estos actores sino por los imanes o por personas “benditas”. En esta última categoría se incluyen aquellas personas que han recibido un *don* de Dios, que los señala así sin otro motivo que el de expresar su voluntad y su poder, lo que se verbaliza con expresiones como “*igual que hay gente con dinero y sin él*” o “*porque Dios así lo quiere*”. Se trata de individuos pertenecientes a cualquier estrato social que, en ciertas ocasiones, pasan por un rito de iniciación sufriendo una enfermedad de la que curan por sí mismos. El *don* se puede exteriorizar por este hecho y por ciertos signos, como la capacidad de tener un parto gemelar²⁵ o el fallecimiento del padre antes del parto. Así, si a una embarazada se le muere el marido, el hijo poseerá la

²⁵ Merece la pena resaltar el hecho de que, en caso de gemelaridad, quien posee la gracia o el don no son los hijos sino la madre, al contrario de lo que ocurre en la ruralidad española e hispanoamericana, como puede verse en De Las Heras, Jaime (2012)

virtud de curar enfermedades, sobre todo de tipo infeccioso, mediante la aplicación de su saliva, incluso desde el mismo instante del nacimiento porque, de hecho, la práctica de sanaciones puede iniciarse a cualquier edad. El *don* puede transmitirse en el seno de la familia: cuando su poseedor está próximo a morir puede traspasárselo a un descendiente mediante un ritual en el que verbaliza este deseo al tiempo que deposita una pequeña cantidad de su saliva en la mano del familiar elegido. Las personas “benditas” suelen curar mediante la aplicación de masajes.

El diagnóstico y tratamiento del mal de ojo los realiza el imán, al que se atribuye dicha capacidad por sus conocimientos adquiridos a partir de la lectura del Corán. Se puede tratar bebiendo y bañándose en agua bendita o mediante sahumerios con hierbas en un incensario, pero la estrategia más común es la práctica del *Sbub* o *Bjur* (بخور), ceremonia en la que se anotan oraciones religiosas en un papel con el que, a continuación, se envuelven ciertas hierbas y se quema. El enfermo ha de pasar por encima y aspirar su humo.

A los imanes se les atribuyen facultades para diagnosticar y tratar otros tipos de enfermedad, en ocasiones incluso en ausencia del paciente.

Cuando los cuidados familiares y tradicionales no dan resultado se acude al médico profesional aunque debe entenderse que el acceso a este recurso no está generalizado en Marruecos, particularmente en las áreas rurales, donde es rara su existencia o muy costosa.

Esta carrera o itinerario terapéutico se mantiene en algunas ocasiones pero, por lo general, sufre profundas modificaciones. Así, la falta de referentes familiares y de curanderos unida a la dificultad para expresarse en el idioma español limita enormemente el uso de plantas medicinales. Por otra parte, la mayor accesibilidad de la Medicina profesional en España determina en gran medida que ésta sea la primera alternativa elegida. Con el paso del tiempo esta circunstancia se convierte en un elemento aculturador pues, aunque los individuos traen hierbas de Marruecos cuando pueden viajar a su país, raramente las utilizan a su regreso porque se han habituado a las consultas médicas como primer eslabón del

proceso de salud/enfermedad/atención. En las estrategias previas a dichas consultas cobra protagonismo, en todo caso, el uso de medicamentos de patente en régimen de autoatención. El papel desarrollado en su país por las madres y abuelas en relación a los hábitos saludables, las dietas, etc., es ahora ocupado por el médico.

A continuación se describen las principales enfermedades respiratorias que afectan a los niños, así como sus causas, modelos explicativos y abordajes terapéuticos:

Dega (asma, también rabu, الربو): Enfermedad que puede aparecer desde el nacimiento y evoluciona en forma de ataques, que pueden llegar a producir la muerte. Se exterioriza en forma de presión en el pecho, ojos amarillentos, pérdida de apetito y crisis de ahogo al hacer esfuerzos. Se considera una enfermedad de tipo hereditario, pero también puede deberse a la complicación de una *hasasiya* (alergia, حساسية), a la escasa ventilación de la vivienda y a la polución urbana. El exceso de grasas en la alimentación podría influir al depositarse estos nutrientes sobre los pulmones. Es un proceso grave y no abordable en el área doméstica por lo que su tratamiento, tanto en Marruecos como en España, lo lleva a cabo el médico y consiste principalmente en la administración de oxígeno.

Hangka (normalmente verbalizado como *dart fy sadr*, في ضيق أو الصدر في ضغط, التنفس, Presión en el pecho vs dificultad para respirar): Es una patología semejante a la anterior, en la que “se cierran los conductos respiratorios” en forma de ataques a causa de la realización de esfuerzos físicos. Se cura con tratamiento médico, sin el cual puede prolongarse incluso durante años. No existen tratamientos caseros.

Iltihab shoebi (bronquitis, التهاب شعبي también *iltihab erriatayne*, التهاب الرئتين): Enfermedad en la que aparecen pitos y dificultad para respirar y cuyas causas suelen ser *Bugshim* (resfriado, نزلة برد, véase más adelante), o la inhalación de olores fuertes, como el amoníaco. El tratamiento en el país de origen consiste en beber infusiones de ciertas hierbas mezcladas con grasa de la joroba del camello. A veces puede conducir a la muerte.

Hasasiya (Alergia, حساسية): Es un proceso respiratorio a medio camino entre *Bugshim* y DEGA, que puede cursar con estornudos o dificultad para respirar. Puede aparecer en cualquier persona como reacción a olores fuertes, polvo, cambio de residencia (por la distinta naturaleza del ambiente), cambios atmosféricos, falta de ventilación, presencia de animales o ciertas plantas como el olivo en primavera. No es una enfermedad de nacimiento sino que aparece cuando el individuo tiene “*pocas defensas*”, hecho que se exterioriza por el decaimiento del estado físico y que justifica la evolución del cuadro, que “*por eso aparece y desaparece a temporadas*”. En el caso de los lactantes, dichas *defensas* dependen de la calidad de la leche materna. Es una enfermedad importante que debe ser tratada por el médico con inhaladores y pastillas y que, si no se cura a tiempo, puede volverse crónica.

Rihá (pulmón, por pulmonía, ذات الرئة): Enfermedad grave que cursa con tos, opresión en el pecho y fiebre y, en ocasiones, puede conducir a la muerte porque “*los pulmones ya no tienen fuerza*”. Se considera que puede ser hereditaria pero también contagiosa.

Betshda (pulmonía): forma menor de la *rihá* que produce sobre todo presión en el pecho y que puede causar la muerte a la larga.

Kohba (tos, سعال), *Yukam* (resfriado, زكام) o *Bugshim* (resfriado برد نزلة): Enfermedad que cursa con presión en el pecho, tos, vómitos, fiebre y pérdida de apetito y cuya causa reside en el enfriamiento del cuerpo, por ejemplo tras sudar mucho. En Marruecos se trata mediante la aplicación de cataplasmas en el pecho o la cabeza a base de hierbas medicinales como *hopiza* (?), *azyr* (romero, también *iklil al jabal*, الجبل اكليل), *mhainida* (?), o *Alâarâr* (Enebro العرعر) mezcladas con aceite. También se utilizan esas hierbas tomadas en forma de infusión. Aunque en España se recurre al tratamiento pediátrico con antitérmicos y jarabes, en ocasiones se utilizan esos emplastos en lactantes cuando la terapia científica no da resultado. Por tanto parece ser que la aculturación es relativa, subyaciendo el imaginario original para compensar los fracasos del Sistema científico.

Eltiheb alousa teini (اللسوزتين إلتهاب) , inflamación de las amígdalas = anginas). Inflamación de la garganta que produce dolor al tragar. Se trata con antibióticos prescritos por el médico o pediatra. La causa es el frío (beber algo frío te contamina esa parte, comer cosas sucias porque son como filtros. Como en otras patologías, las categorías galénicas de Frío y Calor están presentes en los modelos explicativos, así como las nociones de pureza y suciedad presentes en el discurso del Levítico, que comparten las religiones hebrea, musulmana y cristiana y que fueron ampliamente estudiadas por Mary Douglas²⁶.

(الانف احتقان) , congestión nasal): Obstrucción de las vías nasales que se presenta aisladamente o que acompaña al resfriado. Se trata domésticamente con baños de vapor de eucalipto.

II. China

Las madres que viven en Beijing proceden en su mayoría de la zona central de la República Mexicana. Para cerca de la mitad de las familias, China resulta su segundo o tercer país de residencia. La trayectoria migratoria la inició en todos los casos el esposo y jefe de familia, que por cuestiones de crecimiento laboral y de mejores prestaciones, acepta ser recolocado dentro del mismo ramo profesional o empresarial. Al interior de la familia, primeramente se logra un acuerdo entre la pareja, realizando un viaje de reconocimiento del lugar, ubicación de escuelas y servicios para las familias de mayores ingresos. Una vez que el cambio es aceptado, toda la familia se desplaza al nuevo lugar de residencia.

La edad de las informantes oscila entre los 30 y los 50 años y se trata de siete mujeres casadas, con uno o más hijos cuyas edades varían de 8 meses a 12 años. Todas tienen nivel de educación superior, Dos de ellas trabajan percibiendo un salario y una se encuentra realizando estudios formales. Todas saben hablar inglés en grado básico e intermedio y solamente dos estudian formalmente chino mandarín. La familia con menor tiempo en China lleva ocho meses residiendo en

²⁶ En la obra: [DOUGLAS](#), 1991, pp 63-83.

el país asiático, mientras que la familia con mayor tiempo tiene radicando en el lugar seis años y medio.

Conservan en gran medida sus referentes culturales, como la religión católica, el idioma español y las costumbres tradicionales como la celebración del día de muertos, el día de la independencia de México, la fiesta de navidad y año nuevo. De igual forma han incorporado algunos elementos durante su incorporación a la cultura china.²⁷

Los padecimientos más presentes entre los niños en edad escolar son la gripe o catarro, tos y fiebre. Las madres lo atribuyen a agentes microbacterianos, virales y ambientales, siendo el colegio la principal fuente de contagio. En relación al ambiente, atribuyen a la persistente contaminación atmosférica la vulnerabilidad para enfermarse, aunque no siempre es la causa primaria. Los principales síntomas de las enfermedades de este grupo son el decaimiento o cansancio del niño, la tos seca o con flemas, la fiebre siempre cuantificada por arriba de los 37.2 grados centígrados y el dolor de garganta. En segundo lugar aparecen otras causas de enfermedad como otitis media y traumatismos menores (contusiones, laceraciones, etc.) por accidentes.

Aunque no forma parte del cuadro principal de enfermedades, existe de forma constante la vigilancia y las medidas preventivas en las escuelas y entre las madres para evitar el contagio de la “*Enfermedad de mano, boca y pies*”, término traducido del *HMFD Hand, foot and mouth disease*, enfermedad exantemática de causa viral que provoca fiebre, dolor de cabeza, y erupciones ampulares en la piel de las manos, en la región peribucal y en los pies de los escolares. Socialmente es causa común de suspensión de clases, generando con esto desconcierto y preocupación en las familias.

El cuidado del escolar lo realiza primeramente la madre en la totalidad de los casos. La intervención de los padres básicamente radica en el acompañamiento a las consultas médicas para intervenir frente al doctor como intérprete. Algunas

²⁷ De igual forma las familias festejan el año nuevo chino que transcurre algunas semanas después del primero de enero.

mujeres de la misma comunidad mexicana participan de forma indirecta mediante la automedicación, proveyendo medicinas de sus propios botiquines, ya sean de la medicina tradicional china o medicina convencional. El conocimiento del diagnóstico, tratamiento y cuidados radica en la transmisión de información durante la consulta médica pediátrica a lo largo de la vida del hijo, seguido de las recomendaciones elaboradas por las madres de las informantes, amigas de la comunidad mexicana y de algunos médicos cercanos a la familia de los migrantes. Aunque las madres afirman que durante su estancia en México los roles de cuidado no se modifican, durante la migración el factor de la distancia respecto a los otros miembros familiares y los médicos de cabecera si es un factor que influye en la seguridad de la madre al momento del cuidado del hijo. Es en este caso cuando las madres hacen uso de la tecnología informática como el *Skype*, y exploradores de internet para recabar información médica.

Los recursos terapéuticos curativos en el núcleo familiar están representados predominantemente por fármacos biomédicos, sobre todo en cuestiones de analgesia y control de fiebre. Utilizan medicamentos como Acetaminofén e Ibuprofeno de venta libre que adquieren en farmacias mexicanas cada vez que viajan de regreso a su país, o aquellas recetadas por el médico del hospital internacional. No es común que las informantes utilicen las fórmulas de laboratorios chinos, ya que en la mayoría les produce desconfianza por la calidad y autenticidad de procedencia. Respecto a las enfermedades respiratorias, utilizan la herbolaria tradicional china, empleando para los casos de gripa o catarro leve el té llamado *Gan mao qing re ke li* (感冒清热颗粒) que se adquiere en la mayoría de las farmacias como medicamento tipo OTC. Este compuesto elaborado de once plantas medicinales chinas está creado desde la perspectiva terapéutica para eliminar “*calor*” y “*viento*” externo que haya provocado la enfermedad. El segundo recurso herbolario más utilizado es el jarabe *Nin Jiom Pei Pakoa* (京都念慈菴川貝枇杷膏) compuesto herbal que funge como expectorante y antitusígeno. Se adquiere de igual forma en las farmacias como medicamento tipo OTC. Todas las informantes desconocen la forma de acción, así como los efectos secundarios y otros usos terapéuticos o recomendaciones que puedan tener

estos recursos herbolarios tradicionales. La lógica de su uso señala una informante: *“Si todas las medicinas provienen de plantas, seguro que estas (el té y el jarabe chino) sirven igual”*. Otra de las informantes asegura el empleo de las medicinas porque *“Si existen tantos chinos en China es porque su propia medicina les funciona bien. Además, me lo recomendó (...) y les funcionó a ellos también”* (haciendo referencia a otra madre migrante de la comunidad mexicana. La mayoría de las madres informantes tienen presente que por ser medicinas elaboradas de plantas, al ser remedio “natural” o no farmacéutico industrializado, no presenta efectos secundarios *“A comparación de los antibióticos que sí pueden provocar daño en los niños si no se usa bien”*.

Cuando los cuidados familiares no dan resultado se acude al médico convencional, acudiendo a clínicas internacionales privadas en donde la consulta médica transcurre en el idioma inglés. Durante el encuentro clínico las madres recurren a dos tipos de recursos: el uso de diccionario español-inglés para el manejo de términos médicos desconocidos que necesitan transmitir, y segundo, cuando se trata de problemas de salud catalogados como “importantes”, es el esposo quien acude acompañando a la madre y al niño enfermo para tener mayor comunicación con el médico y tomar las decisiones más concernientes respecto al padecimiento presentado.

Del total de las informantes entrevistadas, solamente una madre de familia ha acudido con un terapeuta tradicional que maneja acupuntura y herbolaria china para el tratamiento de enfermedades respiratorias en niños en edad escolar. El resto de las madres no consideran la opción de acudir con un médico chino, entre las razones se encuentran: El desinterés por utilizar una terapéutica nueva, por temor a que no funcione en los niños debido a la percepción que tienen de *“eficacia pero a largo plazo”* de la acupuntura, y *“Porque los niños se complican fácilmente, por lo que hay que irse a la segura”*.

Todas -excepto una familia- cuentan con seguro médico, por lo que el costo de la consulta se encuentra cubierto, por lo que no representa una fuente de preocupación para las madres.

Respecto a la carrera o itinerario terapéutico de los escolares, la autoatención se determina en gran medida por la automedicación proporcionada por los conocimientos farmacológicos de la madre, empleando en todos los casos al menos un medicamento importado o almacenado de consultas clínicas previas. El segundo elemento del itinerario resulta la búsqueda de la consulta clínica en las instituciones privadas de salud para extranjeros. Esto ocurre en cuanto las madres observan poca mejoría en la evolución sintomática, generalmente otorgando un tiempo promedio de cuarenta y ocho horas tras haberse iniciado el padecimiento. Para aquellas madres en donde su hijo ha nacido en China y se ha criado lejos de las abuelas y familiares cercanos del país de origen, la conducta a seguir generalmente es acudir directamente al médico sin realizar la automedicación, generando en algunos casos estados de preocupación en las madres si el servicio pediátrico se encuentra saturado o el médico no se encuentra disponible.

A continuación se describen las principales enfermedades respiratorias presentadas por los niños en edad escolar, así como sus causas, modelos explicativos y abordajes terapéuticos:

Alergias: Enfermedad de múltiples causas, aunque generalmente asociada a la contaminación atmosférica de la ciudad o en época de polinización. Se describe como una gripa de moco transparente, congestión nasal, debilidad en el niño y dolor de cabeza. No consideran complicaciones, ya que *“aparece y desaparece por temporadas”*. La mayoría de las madres sólo realizan un abordaje doméstico mediante la higiene en el hogar, abstención de actividades recreativas al aire libre, y para casos persistentes emplean antihistamínicos orales, como los medicamentos antigripales *“Desenfriol”* de forma ocasional.

Gripe o catarro: Enfermedad de causa bacteriana y viral, que en ocasiones son detonadas por *“bajas defensas en los niños”*, *“cambios de temperatura de caliente a frío”* *“persistencia de humedad como cuando se mojan la ropa”*. Se describe con presión en el pecho, tos con expectoración, dificultad para la deglución, fiebre y pérdida de apetito. El abordaje en este caso es mediante el

empleo de agua caliente con limón y miel, té de jengibre, y control térmico por medios físicos como duchas de agua tibia y compresas.

La mayoría de las madres recurren simultáneamente al tratamiento pediátrico con analgésicos/antipiréticos y los tés herbolarios chinos que se mencionaron anteriormente para “*calentar*” al cuerpo. Evitan inicialmente el uso de antibióticos “*por ser un tratamiento más agresivo*” aunque exigen al médico su prescripción cuando el abordaje empleado en casa ha fracasado y la evolución sintomática empeora. Como la mayoría de los médicos de las instituciones de salud internacionales no recomiendan el uso de antibióticos, esto provoca el descontento en las madres.

DISCUSIÓN

Entre los magrebíes, la enfermedad, tanto en adultos como en niños, se interpreta a lo largo de un eje Pureza/Suciedad-Contaminación. En ese contexto hay alimentos que se incluyen en la categoría de “sucios” por su naturaleza –como el alcohol o las grasas-, por su contaminación con productos químicos, por su deterioro o por la presencia en ellos de microorganismos (bacterias). El aire puede también ser impuro cuando existe falta de ventilación en la vivienda o por polución ambiental. Parecen conjugarse en esta constelación causal elementos religioso-doctrinales –como el carácter impuro de las bebidas alcohólicas-, médico-hegemónicos –como el carácter nocivo de las grasas o las bacterias- e higienistas, como la pureza del aire. La segunda causa se articula en el balance entre lo Caliente y lo Frío, elementos paradigmáticos de la teoría humoral en la tradición galénica. En todos los casos se considera que la enfermedad es un designio de Dios, que puede utilizarla para castigar a las personas por sus actos. La atribución divina a la enfermedad es característica de numerosas formas de Medicina no hegemónica y posee un carácter de regulación social conjurando la violencia estructural. Como en otros entornos, en nuestra población de estudio la Institución religiosa, representada por los imanes, tiene un papel activo en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. La mujer es el actor principal en el proceso de salud/enfermedad/atención en niños y adultos, tanto en lo que se

refiere a los saberes como a la aplicación de los mismos y el cuidado de los enfermos. La emigración parece conllevar la pérdida de referentes en relación al proceso salud/enfermedad/atención y la aculturación a los nuevos paradigmas de modo que, aún disponiendo de recursos tradicionales, se prefieren los médico-científicos, en cuyo proceso influye la gran diferencia de accesibilidad a esos servicios entre ambos países. En el caso de las enfermedades respiratorias infantiles las causas obedecen principalmente al cambio brusco de temperatura, a la herencia, al estado constitucional y a la contaminación del aire. Los tratamientos tradicionales se basan en la herbolaria y, eventualmente, en la administración de remedios médicos. Estos recursos, tras la llegada a España, van dejando progresivamente paso a los medicamentos recetados por el médico o pediatra. Sin embargo, los recursos tradicionales se utilizan de nuevo cuando los médico-científicos fracasan.

Entre los mexicanos afincados en China la situación es muy diferente. A pesar de profesar una religión –la católica- perteneciente al mismo tronco que la musulmana, no se invoca la voluntad divina en la causalidad de la enfermedad ni persisten en el discurso colectivo las representaciones levíticas en torno a la pureza y la suciedad. Tampoco los presupuestos teóricos de las Medicinas ochocentistas –galenismo e higienismo- parecen tener excesiva presencia en su percepción de la constelación causal que, en el caso de las enfermedades respiratorias, se halla próxima a la doctrina microbiológica. Paradójicamente, los sanadores científicos son vistos con desconfianza, cosa que no sucede con otras estrategias no-hegemónicas, al contrario de lo que sucede con el colectivo magrebí.

En ambos casos la persona vinculada en primera instancia al proceso de salud/enfermedad/atención es la madre de familia y el itinerario terapéutico seguido comienza en el ámbito doméstico con la aplicación de remedios caseros y/o automedicación.

CONCLUSIONES

Los dos colectivos estudiados son notoriamente diferentes en lo que respecta a su raza, lengua, sistema de creencias, nivel socio-económico y formación académica. Sin embargo existen determinadas coincidencias en el modo de abordar el proceso de s/e/a que parecen trascender esas barreras culturales.

Los magrebíes asentados en España pertenecen a un estrato social muy bajo y poseen un sistema de creencias fuertemente arraigado. En el aspecto sanitario se adaptan rápidamente a los protocolos de actuación españoles y raramente recurren a sus estrategias originales de atención a la salud.

Por el contrario, los mexicanos residentes en China pertenecen a un estrato medio/alto y prefieren conservar sus patrones de conducta originales en términos de salud, aunque se adaptan a las Medicinas no hegemónicas para el tratamiento de procesos leves relacionando la naturaleza no tóxica de estas medicinas en comparación con el empleo de antibióticos.

Sin embargo en ambos casos es la mujer –normalmente la madre- la persona encargada de gestionar la salud de la familia y, en ese contexto, ejecuta en primera instancia los procesos diagnósticos y terapéuticos con los recursos a su alcance en el ámbito doméstico.

BIBLIOGRAFÍA

Aixelá Cabré, Yolanda (2008) “Salud, matrimonio y maternidad en Marruecos”. En Fernández Juárez, Gerardo (Dir.) (2008) *La diversidad frente al espejo*. Ed. Abya Yala. Quito, Madrid. P 143.

Camacho, Eduardo (Enero 2012) “El país asiático, el segundo socio comercial de México”. En Sección Cartera, periódico El Universal. Versión electrónica disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/finanzas/92159.html> (consultado el 01/07/2012).

Casas, Miquel; Collazos, Francisco, Qureshi, Adil (Coords) (2009) *Mediación intercultural en el ámbito de la salud*. Fundación La Caixa, Barcelona. Cap. 20 p 8.

De Las Heras Salord, Jaime (s/f) *La sociedad de Casas de Juan Núñez frente a la enfermedad (1871-2007)*. Tesis doctoral en curso.

De Las Heras Salord, Jaime (2012) "*Curanderismo and neocuranderismo in the Manchuela area of Albacete, Spain.*" Comunicación presentada a la European Social Science History Conference, Glasgow.

Douglas, Mary (1991) *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú* Siglo XXI de España Madrid. Pp 63-83.

Menéndez, Eduardo Luis (1992) "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales". En Campos, Ricardo (comp.) *La Antropología médica en México.* , tomo I, Instituto Mora-Universidad Autónoma de México, México DF, pp 97-114.

Moreau, Charlotte (2012) "In good health. Choosing the right healthcare for your family" Home & Relocation Guide 2012-2013. Beijing Kids Magazine, p. 46-47.

Moreno A. Laura, Internet, "Reflexiones sobre el trayecto Salud-Padecimiento-Enfermedad-Atención: Una mirada Socio antropológica". Salud Pública de México. Ene-Feb, año/vol.49, número 001, INSP, Cuernavaca, Méx. Pp.64. Versión electrónica disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001782> (consultado el 11/07/2012)

Organización Internacional Migración OIM (2008). "Tendencias de las Naciones Unidas relativas al contingente internacional total de migrantes: La revisión de 2008", versión electrónica disponible en <http://esa.un.org/migration/index.asp?panel=1> (consultado el 05/07/2012)

Organización Internacional Migración OIM (2011). "Rubro "Salud y Movilidad". Noviembre". Versión electrónica disponible en: <http://www.iom.int/jahia/Jahia/developing-migration-policy/migration-and-health/lang/es> (consultado el 019/06/2012)

Organización Mundial de la Salud, OMS (2004): "Nuevas directrices de la OMS para fomentar el uso adecuado de las medicinas tradicionales". Centro de Prensa. Versión electrónica disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr44/es/index.html> (consultado el 21/06/2012)

Piret, Bertrand (1991) "La psychotherapie avec interprete est-elle possible?" Disponible en <http://www.p-s-f.com/psf/spip.php?article23> (consultado el 02/07/2012).

Ramírez Hita, Susana (2008) "Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano". Artículo disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/ava/n14/n14a10.pdf> (consultado el 01/07/2012)

Regidor, Enrique et al. (2009) "La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España". Gac Sanit. 2009;23(Supl 1):4-11

Reher (Dr) (2008) *informe encuesta nacional de inmigrantes*. ENI 2007. INE. Madrid

Skeldon, Ronald (2011) "China: An Emerging Destination for Economic Migration". University of Sussex. International Organization of Migration. Versión electrónica disponible en: <http://www.migrationinformation.org/feature/display.cfm?ID=838> (consultado el 09/07/2012)

Yan (2010) "Beijing strives to improve health care for foreigners" en Revista English News CN, versión electrónica disponible en: http://news.xinhuanet.com/english2010/china/2010-12/03/c_13634239.htm (consultado el 23/06/2012)

____. "La economía china podría superar a la de EEUU en dos años". Revista Expansión, Sección Económica y política, febrero 2, 2011, disponible en: http://www.expansion.com/2010/11/11/economia/12894_41626.html (consultado el 01/07/2012)

____. "Medical Facilities and health information", US Department of State, Bureau of Consular Affairs Febrero 10, 2010 Versión electrónica disponible en http://travel.state.gov/travel/cis_pa_tw/cis/cis_1089.html#medical (consultado el 16/06/2012)

Cartel

Cuidados e interculturalidad en las infecciones respiratorias infantiles

En colaboración con el Dr. de las Heras Salord J. Presentado en la IV Jornada de Investigación "Ciudad Real Biomédica" Facultad de Medicina de Ciudad Real España, diciembre 2014.

Certificado de participación.

Cartel.

***El Comité Científico y Comité Organizador de la "IV
Jornadas de Investigación Ciudad Real Biomédica"***

CERTIFICA:

***Que la Comunicación Póster "CUIDADOS E INTERCULTURALIDAD EN
LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS INFANTILES"***

**ha sido presentada por los autores,
de las Heras Salord, J. Orozco Saul, E;**

**Y para que así conste a los efectos oportunos, se expide el presente a
cuatro de diciembre de dos mil catorce.**

***Fdo.: A. Alberto León Martín
Comité Organizador***

***Fdo.: Francisco Feo Brito
Comité Científico***

CUIDADOS MATERNOS E INTERCULTURALIDAD EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS INFANTILES

De las Heras Salord, Jaume. Facultad de Medicina de Ciudad Real. UCLM. Jaime.Heras@uclm.es
 Ericka Gabriela Orozco Saul. Universidad Nacional Autónoma de México.

Introducción

De acuerdo con la cultura de cada sociedad y su forma de organización, el hombre ha elaborado diferentes conceptos sobre salud, enfermedad, forma de aliviarla, acciones para su prevención y fomento de la salud. Estas diversas elaboraciones no permanecen de forma aislada dentro de los grupos sociales, ya que los grupos culturales permanecen en constante intercambio e interacción. La interculturalidad se contempla a como la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes.

El objetivo de esta investigación es analizar comparativamente los cuidados prodigados en las infecciones respiratorias pediátricas en dos poblaciones emigrantes a países con paradigmas culturales muy diferentes a los del país de origen para visibilizar el papel de los actores que determinan el itinerario terapéutico.

Se han utilizado entrevistas semiestructuradas sobre sendas muestras de conveniencia en poblaciones mexicanas en Beijing (China) y magrebies en Albacete (España). Se han analizado los resultados siguiendo el método etnográfico.

Resultados y discusión

Entre los magrebies la enfermedad se interpreta en un eje Pureza/Suciedad-Contaminación. Esta constelación causal alberga elementos religiosos-doctrinales. La segunda causa se articula en el balance Caliente/Frío, elementos paradigmáticos del galenismo.

En el colectivo magrebi la enfermedad, tanto en adultos como en niños, se interpreta a lo largo de un eje Pureza/Suciedad-Contaminación. En ese contexto hay alimentos que se incluyen en la categoría de "sucios" por su naturaleza –como el alcohol o las grasas-, por su contaminación con productos químicos, por su deterioro o por la presencia en ellos de microorganismos (bacterias). El aire puede también ser impuro cuando existe falta de ventilación en la vivienda o por contaminación ambiental. Parecen conjugarse en esta constelación causal elementos religioso-doctrinales –como el carácter impuro de las bebidas alcohólicas-, médico-hegemónico –como el carácter nocivo de las grasas o las bacterias- e higienistas, como la pureza del aire. La segunda causa se articula en el balance entre lo

Caliente y lo Frío, elementos paradigmáticos de la teoría humoral en la tradición galénica. En todos los casos se considera que la enfermedad es un designio de Dios, que puede utilizarla para castigar a las personas por sus actos. La atribución divina a la enfermedad es característica de numerosas formas de Medicina no hegemónica y posee un carácter de regulación social conjurando la violencia estructural.

Como en otros entornos, en nuestra población de estudio la institución religiosa, representada por los imanes, tiene un papel activo en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. La mujer es el actor principal en el proceso de salud/enfermedad/atención en niños y adultos, tanto en lo que se refiere a los saberes como a la aplicación de los mismos y el cuidado de los enfermos. La emigración parece conllevar la pérdida de referentes en relación al proceso salud/enfermedad/atención y la aculturación a los nuevos paradigmas de modo que, aun disponiendo de recursos tradicionales, se prefieren los médico-científicos, en cuyo proceso influye la gran diferencia de accesibilidad a esos servicios entre ambos países. En el caso de las enfermedades respiratorias infantiles las causas obedecen principalmente al cambio brusco de temperatura, a la herencia, al estado constitucional y a la contaminación del aire. Los tratamientos tradicionales se basan en la herbolaria y, eventualmente, en la administración de remedios médicos. Estos recursos, tras la llegada a España, van dejando progresivamente paso a los medicamentos recetados por el médico o pediatra. Sin embargo, los recursos tradicionales se utilizan de nuevo cuando los médico-científicos fracasan.

A pesar de profesar una religión –la católica- perteneciente al mismo tronco que la musulmana, no se invoca la voluntad divina en la causalidad de la enfermedad ni persisten en el discurso colectivo las representaciones levíticas en torno a la pureza y la suciedad. Tampoco los presupuestos teóricos de las Medicinas ochoentistas –galenismo e higienismo- parecen tener excesiva presencia en su percepción de la constelación causal que, en el caso de las enfermedades respiratorias, se halla próxima a la doctrina microbiológica. Paradójicamente, los sanadores científicos son vistos con desconfianza, cosa que no sucede con otras estrategias no-hegemónicas, al contrario de lo que sucede con el colectivo magrebi.

En ambos casos la persona vinculada en primera instancia al proceso de salud/enfermedad/atención es la madre y el itinerario terapéutico seguido comienza en el ámbito doméstico con la aplicación de remedios caseros y/o automedicación.

COMUNIDADES MAGREBIES		Recursos de herbolaria		Recursos suranderites (mal de ojo)	
Taxones	Equivalencia				
الزهر	Asma	حبة	Añova	حجر	
حساسية	Alergia	زنجبيل	Jengibre		Ceremonia en la que se añoran oraciones religiosas en un papel con el que se envuelven ciertas hierbas y se queman. El enfermo ha de pasar por encima y aspirar su humo. Lo realiza el imán.
تشنج في الصدر	Diarrea	سوسون	Sesamo		
تشنج في الكلى		قنباز	Canoa		
التهاب الحنجرة	Bronquitis	بذور القمح	Lino (semillas)		
التهاب الحنجرة		حبة ارزينة	Agave (semillas)		
نزلة برد	Resfriado	البقرع	Borlago		
زكام		القرع	Curcuma		
دلت الرئة	Pulmón (x pulmonía)	أخضر	Enebri (cabaizomas)		
سعال	Tos	قلبي العسل	Romero (cabaizomas)		
التهاب اللوزتين	Amigdalitis				
تضيق الشعب	Congestión nasal				

COMUNIDADES CHINAS	
Recursos de herbolaria	
Gan mao qing ni Ai / (感冒清剂)	
Nin Jion Pei Falou (宁神止痛川贝枇杷露)	

Conclusiones

Los dos colectivos estudiados son notoriamente diferentes, sin embargo existen determinadas coincidencias en el abordaje del proceso de sie/a que parecen trascender sus barreras culturales.

Los magrebies asentados en España pertenecen a un estrato social muy bajo y poseen un sistema de creencias fuertemente arraigado. En el aspecto sanitario se adaptan rápidamente a los protocolos de actuación españoles y raramente recurren a sus estrategias originales de atención a la salud.

Por el contrario, los mexicanos residentes en China pertenecen a un estrato medio/alto y prefieren conservar sus patrones de conducta originales en términos de salud, aunque se adaptan a las Medicinas no hegemónicas para el tratamiento de procesos leves.

Sin embargo en ambos casos es la mujer –normalmente la madre- la persona encargada de gestionar la salud de la familia y, en ese contexto, ejecuta en primera instancia los procesos diagnósticos y terapéuticos con los recursos a su alcance en el ámbito doméstico.

Bibliografía

- Alcaraz Cebal, Mariana (2007) "Salud, religión y hospitalidad en Mérida". En: *Perfiles de la Salud*, vol. 21, no. 1, pp. 1-10.
- Alcaraz Cebal, Mariana, García, Adri (2006) Medicina tradicional en el ámbito de la salud. *Perfiles de la Salud*, vol. 20, no. 1.
- De Las Heras Salord, Jaume. La actividad de Juan de San Pedro Pantoja de Salazar (1571-1607). Tesis doctoral no publicada.
- De Las Heras Salord, Jaume (2012) "Tradiciones del conocimiento II. Etnoherbolarios de Albacete, Spain". *Comunicación presentada en European Sociological Conference, Valencia*.
- Jungles, Mary (2001) *Herbs and paths: an ethnography of the concepts of contagion and cure*. *Ethnoscience Journal*, 26, pp. 53-62.
- Morales, Ricardo Luis (2002) "Medicina tradicional, recursos alimentarios, medicina de emergencia, medicina preventiva". En: *Ciencia, Salud y Ambiente en México*, vol. 1, Instituto Mexicano de Investigación de México, México DF, pp. 47-74.
- Ortiz, Patricia (2011) "La medicina tradicional en México: un estudio etnográfico". Disponible en <http://www.profesores.unipi.mx/~herbolario/medicina-trad/01010101.htm>
- Pérez, Felipe et al (2006) "La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España". *Salud Pública*, 120, pp. 104-11.
- Waller (2012) *El mundo de la medicina tradicional en Argentina*. 2012. www.elsevier.com

PROPUESTA DE COMUNICACIÓN A LAS IV JORNADA DE INVESTIGACION
"CIUDAD REAL BIOMEDICA" 2014

AUTORES Jaime de las Heras Salord. UCLM y Ericka Orozco Saul. UNAM

Cuidados e interculturalidad en las infecciones respiratorias infantiles

OBJETIVO

Analizar comparativamente los cuidados prodigados en las infecciones respiratorias pediátricas en dos poblaciones emigrantes a países con paradigmas culturales muy diferentes a los del país de origen para visibilizar el papel de los actores que determinan el itinerario terapéutico.

METODOLOGÍA

Se han utilizado entrevistas semiestructuradas sobre sendas muestras de conveniencia en poblaciones mexicanas en Beijing (China) y magrebíes en Albacete (España). Se han analizado los resultados siguiendo el método etnográfico.

RESULTADOS

Entre los magrebíes, la enfermedad se interpreta en un eje Pureza/Suciedad-Contaminación. Esta constelación causal alberga elementos religioso-doctrinales. La segunda causa se articula en el balance Caliente/Frío, elementos paradigmáticos del galenismo. Entre los mexicanos afincados en China no se constatan elementos espirituales ni humorales y los sanadores científicos son vistos con desconfianza, cosa que no sucede con otras estrategias no-hegemónicas, al contrario de lo que sucede con el colectivo magrebí.

CONCLUSIONES

Los dos colectivos estudiados son notoriamente diferentes, sin embargo existen determinadas coincidencias en el abordaje del proceso de s/e/a que parecen trascender esas barreras culturales. Los magrebíes asentados en España pertenecen a un estrato social muy bajo y poseen un sistema de creencias fuertemente arraigado. En el aspecto sanitario se adaptan rápidamente a los protocolos de actuación españoles y raramente recurren a sus estrategias originales de atención a la salud. Por el contrario, los mexicanos residentes en China pertenecen a un estrato medio/alto y prefieren conservar sus patrones de conducta originales en términos de salud, aunque se adaptan a las Medicinas no hegemónicas para el tratamiento de procesos leves. Sin embargo en ambos casos es la mujer –normalmente la madre- la persona encargada de gestionar la salud

de la familia y, en ese contexto, ejecuta en primera instancia los procesos diagnósticos y terapéuticos con los recursos a su alcance en el ámbito doméstico.

BIBLIOGRAFÍA

Aixelá Cabré, Yolanda (2008) "Salud, matrimonio y maternidad en Marruecos". En Fernández Juárez, Gerardo (Dir.) (2008) *La diversidad frente al espejo*. Ed. AbyaYala. Quito, Madrid. P 143.

Casas, Miquel; Collazos, Francisco, Qureshi, Adil (Coords) (2009) *Mediación intercultural en el ámbito de la salud*. Fundación La Caixa, Barcelona. Cap. 20 p 8.

De Las Heras Salord, Jaime. La sociedad de Casas de Juan Núñez frente a la enfermedad (1871-2007). Tesis doctoral en curso.

De Las Heras Salord, Jaime (2012) "Curanderismo and neocuranderismo in the Manchuela area of Albacete, Spain." Comunicación presentada a la European Social Science History Conference, Glasgow.

Douglas, Mary (1991) *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú* Siglo XXI de España Madrid. Pp 63-83.

Menéndez, Eduardo Luis (1992) "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales". En Campos, Ricardo (comp.) *La Antropología médica en México*. , tomo I, Instituto Mora-Universidad Autónoma de México, México DF, pp 97-114.

Piret, Bertrand (1991) "La psychotherapie avec interprete est-elle possible?" Disponible en <http://www.p-s-f.com/psf/spip.php?article23> (consultado el 2 de julio de 2012).

Regidor, Enrique et al. (2009) "La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España". *GacSanit*. 2009;23(Supl 1):4-11

Reher (Dr) (2008) *informe encuesta nacional de inmigrantes*. ENI 2007. INE. Madrid