



## Experiencias cotidianas de mujeres diagnosticadas con hipertensión arterial sistémica residentes de la Ciudad de México

### Daily experiences of women diagnosed with systemic arterial hypertension living in Mexico City

### Vivências cotidianas de mulheres com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica residentes na Cidade do México

417

M.V. Fernández-García<sup>a1\*</sup>, R. Campos-Navarro<sup>b2</sup>

#### ORCID

<sup>a</sup> [0000-0001-5476-9227](https://orcid.org/0000-0001-5476-9227)

<sup>b</sup> [0000-0001-7417-268X](https://orcid.org/0000-0001-7417-268X)

<sup>1</sup> Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Ciudad de México, México

<sup>2</sup> Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Ciudad de México, México

Recibido: 11 diciembre 2020

Aceptado: 09 febrero 2021

#### RESUMEN

**Introducción:** La elevada prevalencia de hipertensión arterial sistémica es un problema de salud pública a nivel mundial. Se requiere profundizar, desde una perspectiva crítica, acerca de los aspectos que subyacen a la falta de control y en la complejidad de los contextos de pobreza.

**Objetivo:** Analizar desde una perspectiva crítica la configuración de la experiencia y el significado de padecer hipertensión, en tres casos de mujeres que habitan en un contexto multicultural, de pobreza y trabajo agrícola de Ciudad de México.

\*Autora para correspondencia. Correo electrónico: victoria.fernandez@eneo.unam.mx

<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.4.1038>

1665-7063/© 2021 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Metodología:** Estudio de corte etnográfico, con seguimiento de más de dos años a tres mujeres en sus contextos. Se realizó observación participante, entrevistas en profundidad e informales. El análisis de las entrevistas fue desde la fenomenología crítica.

**Resultados:** Se identificaron las categorías: *inicio y malestares; experiencia de la enfermedad* (vida cotidiana). Los resultados mostraron complejos entramados que reflejan las tensiones y dinámicas derivadas de contextos de pobreza estructural y de género. La enfermedad fue atendida en crisis como resultado de la cultura somática, configurada por las condiciones materiales de vida que definen la búsqueda de atención.

**Discusión y conclusiones:** La investigación muestra la sinergia de diferentes factores de los contextos que derivan en la falta de atención y en una cultura somática en la que se normalizan los malestares, la enfermedad, así como la desigualdad de género. La experiencia de la enfermedad fue modulada predominantemente por la situación económica y el género.

**Palabras clave:** Hipertensión; mujeres; inequidad de género; pobreza; antropología médica; México.

## ABSTRACT

**Introduction:** The high prevalence of systemic arterial hypertension is a health issue worldwide. It is necessary to deepen, from a critical perspective, on the underlying aspects related to the lack of control and the complexity of this phenomenon within the context of poverty.

**Objective:** To analyze from a critical perspective the experiences and meanings of 3 women suffering from systemic arterial hypertension living in a context of poverty and agricultural labor in Mexico City.

**Methodology:** This is an ethnographic study with a 2 year follow up on three women suffering from systemic arterial hypertension. Observations and in depth as well as informal interviews were carried out. The interviews were analyzed from the critical phenomenology perspective.

**Results:** The following categories were identified: beginning and ailments; and daily experience of the illness. The results showed the complex interactions reflecting the tensions derived from living in a context of poverty and somatic culture.

**Discussion and conclusions:** The findings show the synergy of the context-related factors which contribute to the somatic culture and lack of health attention in which the presence of ailments, illnesses, and gender inequality is normalized. The experience of the illness was highly influenced by the economic situation as well as by gender.

**Keywords:** Hypertension; women; gender inequality; poverty; anthropology, medical; Mexico.

## RESUMO

**Introdução:** A alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica é um problema de saúde pública mundial. É necessário aprofundar, numa perspectiva crítica, sobre os aspetos que estão na base do descontrole e da complexidade dos contextos de pobreza.

**Objetivo:** Analisar a partir de uma perspectiva crítica a configuração da experiência e o significado de sofrer de hipertensão, em três casos de mulheres que vivem em um contexto multicultural de pobreza e trabalho agrícola na Cidade do México.

**Metodología:** Estudio etnográfico, con acompañamiento de três mulheres em seus contextos por mais de dois anos. Foram realizadas observação participante, entrevistas em profundidade e informais. A análise das entrevistas baseou-se na fenomenologia crítica.

**Resultados:** Foram identificadas duas categorías: início e desconforto, e experiência da doença (vida cotidiana). Os resultados mostraram redes complexas que refletem as tensões e dinâmicas derivadas de contextos de pobreza estrutural e de gênero. A doença foi tratada em crise como resultado da cultura somática, configurada pelas condições materiais de vida que definem a busca por cuidado.

**Discussão e conclusões:** A pesquisa mostra a sinergia de diferentes fatores nos contextos que levam à desatenção e uma cultura somática em que o desconforto, a doença, bem como a desigualdade de gênero são normalizados. A experiência de adoecimento foi predominantemente modulada pela situação econômica e pelo gênero.

**Palavras chave:** Hipertensão; mulheres; iniquidade de gênero; pobreza; antropologia médica; México.

## INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) es un problema de salud pública en el ámbito internacional. Según los datos de 184 países analizados por la red internacional *NCD Risk-Factor Collaboration*, el número de personas que la padecen en el mundo pasó de 650 a 1,280 millones en el periodo de 1990 a 2019<sup>1</sup>. Otro análisis que incluyó a 90 países estimó una prevalencia global de 31.1 % durante el año 2010; el 28.5 % de la población de los países de alto ingreso presentaba esta enfermedad y para los de bajo ingreso el registro fue de 31.5 %<sup>2</sup>. La HAS es uno de los tres principales factores de riesgo de mortalidad global y el principal para desarrollar enfermedades cardiovasculares<sup>3,4</sup>. Se estima que la mitad de las personas con esta condición no controlan su presión arterial y entre el 45 % y 65.5 % tienen baja o nula adherencia a la terapia, por lo cual, desde la perspectiva médica, incumplir con el tratamiento tiene un papel central. A esto se suman otros aspectos como el acceso a los servicios de salud, el rol del proveedor de atención y el tipo de medicación, que resultan en falta de control de la presión arterial<sup>5,7</sup>.

En México, la prevalencia nacional registrada en el año 2020 fue de 30.2 %, esto corresponde a un decremento en comparación con los datos registrados en 2018 (34.1 %) <sup>8,9</sup>; en 2015, la HAS fue la enfermedad crónica responsable de 18.1 % del total de muertes y el principal factor de riesgo de muertes prevenibles<sup>10</sup>.

En este contexto, existen abundantes publicaciones desde la perspectiva médica sobre intervenciones para que las personas alcancen el control de su HAS, la mayoría enfocadas a la adherencia al tratamiento farmacológico. Así lo demuestra la investigación realizada por Anderson et al.<sup>11</sup>, quienes identificaron 25 revisiones sistemáticas sobre el tema. En diferentes investigaciones se exploran los factores asociados a la no adherencia, las intervenciones educativas dirigidas a los cuidadores y pacientes para modificar o mejorar el estilo de vida, así como la recomendación de terapias no farmacológicas<sup>12-14</sup>. También resaltan la importancia de la capacitación del personal para mejorar la comunicación e involucrar al paciente en las decisiones sobre su tratamiento, el efecto del automonitoreo y recordatorios para que la persona tome su medicamento a través de mensajes de texto vía teléfono celular y apoyo interactivo<sup>15-19</sup>.

Desde otras perspectivas como la de la salud pública, la sociomedicina y la antropología médica, se han realizado diversas investigaciones para explorar el punto de vista de las personas diagnosticadas con HAS y sus razones para no seguir el tratamiento farmacológico. Dentro de este enfoque predominantemente cualitativo, se explora la experiencia y significado de la enfermedad, los modelos explicativos de las personas y algunos aspectos de la cultura<sup>20-22</sup>.

Diferentes estudios sobre HAS muestran la vulnerabilidad de algunos grupos. En Estados Unidos existe especial interés en la comunidad afroamericana, debido a la alta prevalencia de HAS que registran; en esta población, los temas abordados han sido sobre la experiencia de la enfermedad, creencias respecto a la misma, adherencia y tipo de tratamiento<sup>23-25</sup>.

Otros grupos vulnerables son los indígenas e inmigrantes, debido a sus precarias condiciones de vida y por las diversas dificultades que enfrentan para acceder a los servicios de salud. Su entorno cambiante evidencia tener un claro efecto sobre la presión arterial y enfermedad cardiovascular de la persona<sup>26,27</sup>. También se ha explorado la perspectiva cultural de estos grupos vulnerables a fin de encontrar los significados, creencias y actitudes que puedan ser *barreras* para seguir el tratamiento y lograr el control de la HAS<sup>28</sup>. En ese mismo sentido, existen investigaciones sobre cómo explican las personas de otras culturas (modelos explicativos) las causas, los síntomas y el tratamiento que tienen ante la enfermedad; todo esto con la finalidad de lograr una mejor comprensión de los diversos aspectos en torno a la no adherencia al tratamiento<sup>29,30</sup>.

Los enfoques de investigación hasta aquí mencionados no dan cuenta de las complejidades implícitas para seguir el tratamiento farmacológico y no farmacológico en contextos de pobreza y multiculturalidad. Las *motivaciones* o *barreras* no son la única razón que afecta el comportamiento de la persona ante la enfermedad, sino también existen entramados profundos en la vida de estos. Una perspectiva antropológica de la enfermedad puede ofrecer una mirada más amplia que, según Martínez<sup>31</sup>, muestre la biografía, las relaciones sociales, las representaciones culturales y los procesos de economía política en los que se ve inmerso el individuo. Para dichos fines, un punto de partida es aproximarse a la vida cotidiana de las personas. Por ello, este trabajo es guiado bajo la propuesta de Good<sup>32</sup> que sugiere abordar la enfermedad (la HAS) desde una aproximación fenomenológica crítica que dé cuenta de cómo la experiencia de la enfermedad está modelada por estructuras y relaciones sociales que median los ritmos de la enfermedad y sus tratamientos.

El término *experiencia*, en su significado básico, se refiere al hecho de que una persona haya sentido, conocido o presenciado algo, una circunstancia o acontecimiento vivido. La fenomenología es uno de los campos disciplinares de la filosofía que estudia las estructuras de la experiencia consciente tal como se experimenta desde el punto de vista de la primera persona con las condiciones relevantes de la experiencia<sup>33</sup>. Desde el enfoque de la antropología, Desjarlais et al.<sup>34</sup> han profundizado sobre el concepto de experiencia y sus elementos, plantean que existen tantas variantes casi como autores sin coincidir en aspectos críticos, como los elementos subjetivos y objetivos que constituyen la experiencia, así como su temporalidad, el contexto cultural y social. Por su parte, Good<sup>32</sup> considera fundamental explorar la experiencia de la persona, en tanto que esto muestra cómo afectan las diferentes dimensiones de su vida cotidiana y, con ello, abonar a una mejor comprensión de la enfermedad y de los procesos reconstituyentes.

En la vida cotidiana, la experiencia de la enfermedad junto con sus síntomas se desarrolla dentro de un contexto sociocultural y económico específico, por lo tanto, al explorar la narrativa de la experiencia de las personas, hay un acercamiento a estos contextos. Al respecto, Das et al. muestran en sus estudios cómo el contexto de la narración puede influir en la forma en que la historia se organiza.

Estas autoras afirman que la experiencia de la enfermedad es el lente a través del cual tratamos de dar especificidad a las circunstancias políticas y económicas en las que la vida de las personas que viven en pobreza en las zonas urbanas toma forma, impugnando así cualquier noción genérica de las condiciones de vida de estas personas<sup>35</sup>. Así, se debe caracterizar y comprender cómo opera la pobreza en el grupo en cuestión y en un padecimiento en particular. Es decir, el estudio de la experiencia de la enfermedad en la vida cotidiana del individuo a través de la narrativa no solo da una perspectiva personal de la experiencia, también muestra cómo está organizada alrededor de eventos importantes para los individuos, como las historias familiares y los tratamientos. Además, permea las descripciones de las circunstancias materiales de vida y contextos. Bajo dichas consideraciones conceptuales, el objetivo de este trabajo fue estudiar desde una mirada crítica la configuración de la experiencia y significado de padecer<sup>1</sup> HAS en tres casos de mujeres, dos inmigrantes indígenas y una originaria del lugar donde se realizó el trabajo de campo, quienes habitaban en un contexto multicultural, de pobreza y trabajo agrícola de Ciudad de México (CDMX).

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de corte etnográfico<sup>37</sup> para describir, analizar y comprender los contextos culturales y sociales que emergen de las narrativas de las participantes, mismas que fueron analizadas desde el lente de la fenomenología crítica.

La elección de las participantes se realizó tras conocer su diagnóstico médico de HAS y su condición de originaria o migrante, ya que los contextos difieren mucho a partir de la información recabada en la fase inicial del estudio. Las personas residían en la zona chinampera de la Ciudad de México; después de un recorrido vivienda por vivienda se constató que la prevalencia de HAS era muy baja en esta población. A partir de la referencia de un participante no incluido en este reporte, se identificaron los tres casos de mujeres, dos en condición de migrantes indígenas (persona que se traslada del campo a la ciudad) y una originaria, quienes compartían el espacio multicultural de las chinampas. Esto permitió profundizar en el estudio de la experiencia y el significado, considerando el contexto agrícola y de pobreza. También implicó la inmersión en la cultura local, así como múltiples encuentros con los casos y diversos actores sociales a lo largo de más de dos años de trabajo de campo.

La investigadora principal era ajena al contexto de las chinampas, un productor chinampero ofreció su apoyo para introducirla a la dinámica de la zona, este no guardaba ninguna relación con los informantes. El proceso para volverse una presencia familiar en la zona implicó aproximadamente seis meses de trabajo de campo.

Recolección y análisis de los datos: El trabajo de campo se realizó entre 2015 y 2017, las visitas variaban de una a dos veces por semana. En una etapa inicial se realizaron entrevistas a informantes clave como el coordinador territorial, dueños y jornaleros de las chinampas, así como a profesionales de salud de atención primaria y médico privado. Se recopiló información histórica, historia oral y documentos, y se presenciaron las festividades tradicionales para conocer el contexto histórico, cotidiano y de atención a la salud. Se llevó a cabo la observación participante para identificar los procesos productivos de las chinampas y la interacción de venta de los productos en el mercado. Lo anterior, con la finalidad de conocer los detalles de la producción que formaban parte de las

<sup>1</sup> Es importante aclarar que *padecer* no se utiliza desde la perspectiva de Kleinman<sup>36</sup>. El término se retoma desde el significado básico del Diccionario de la Real Academia Española en combinación con el Diccionario de Español Mexicano: *Sentir una persona física o moralmente un dolor, un daño o un castigo; tener una enfermedad: ...padecer una tifoidea*

narrativas cuando se hacía referencia a un proceso, a una distancia o algún otro aspecto cotidiano de la localidad.

La observación participante en los hogares de los casos tuvo como objetivo conocer las condiciones materiales de vida y a las familias. De la misma manera, se identificaron aspectos como la ubicación y disponibilidad de los medicamentos en casa.

Se realizaron entrevistas en profundidad que requirieron al menos tres encuentros exclusivos para estos fines; se siguió una guía que exploraba los siguientes aspectos: el contexto, experiencias que rodearon el diagnóstico, cómo fue su experiencia de la enfermedad, seguir el tratamiento en su vida cotidiana y su entorno familiar. Por otro lado, abordar las circunstancias que llevaron a las mujeres a establecerse en las chinampas invariablemente condujo a diversos aspectos de su historia de vida.

Las entrevistas fueron transcritas para su análisis, se realizó una primera lectura a fin de explorar la historia de vida de las mujeres y su vida cotidiana; posteriormente se analizaron siguiendo la metodología propuesta por Meyer et al.<sup>38</sup>, su aplicación en el estudio se describe a continuación:

- a. *Precodificación*: a partir de la identificación de palabras o unidades de significado (ideas completas), se codifica independientemente de la perspectiva teórica.
- b. *Categorización conceptual y temática*: se refiere a la identificación y agrupación por temas o conceptos de los códigos que pueden, o no, corresponder al marco teórico del estudio; aquellos temas o conceptos que no se ajustan, se conservan para analizarlos desde otras perspectivas.
- c. *Categorización teórica*: las categorías conceptuales se analizan según su correspondencia con las perspectivas teóricas del estudio, en este caso, la experiencia de la enfermedad, a través de identificar las dimensiones de la vida cotidiana, señales corporales y significado de la misma.

Por otro lado, desde la fenomenología crítica se identifican las consecuencias de las condiciones materiales de vida que moldean la experiencia de la enfermedad. Según Desjarlais (citado por Mattingly<sup>39</sup>) es crítica porque intenta ir más allá de la descripción fenomenológica para comprender el porqué de las cosas, es decir, cómo se producen, qué implican y qué fuerzas, incluidas las culturales, intervienen para que suceda. Los diversos temas y conceptos que no correspondieron a las propuestas teóricas inicialmente planteadas fueron analizadas desde otras perspectivas que se incorporan en la discusión. Las entrevistas a otros actores se incluyeron con las notas de la observación participante para integrar información sobre contextos.

Aspectos éticos: Este trabajo es parte de la tesis de doctorado de la primera autora y fue revisado por el Comité Académico del doctorado y por el Comité de Ética e Investigación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (Folio 85). Las mujeres participantes fueron entrevistadas en sus domicilios, se les proporcionó la información sobre el estudio y, para las entrevistas, otorgaron su consentimiento verbal. Se garantizó la confidencialidad y anonimato de los datos a través del uso de otros nombres y se evitó proporcionar información específica como edad exacta o grupo étnico que permitiera identificar a las participantes o su ubicación en esa zona.

## RESULTADOS

### *Escenario del estudio*

En esta parte se integra la investigación documental, las entrevistas a informantes claves y las notas derivadas de los meses de observación participante en la zona de las chinampas. El estudio se realizó

en una alcaldía al sur de Ciudad de México donde radican históricamente pueblos originarios; sobre estos, existen diferentes conceptualizaciones derivadas de trabajos antropológicos que han documentado sus procesos políticos, territoriales y culturales<sup>40-42</sup>.

Esta definición, que recoge los aspectos analizados por los autores mencionados, está actualmente asentada en la Ley de Derechos de los Pueblos y Barrios Originarios y Comunidades Indígenas residentes en la Ciudad de México, en su artículo 7 del capítulo denominado “De los titulares de derechos”, que establece que:

*Los pueblos originarios son aquellos que descienden de poblaciones asentadas en el territorio actual de la Ciudad de México desde antes de la colonización y del establecimiento de las fronteras actuales, que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, sistemas normativos propios, tradición histórica, territorialidad y cosmovisión, o parte de ellas; cuentan con autoridades tradicionales históricamente electas de acuerdo con sistemas normativos propios; y tienen conciencia de su identidad colectiva como pueblo originario<sup>43</sup>.*

El pueblo originario escenario de esta investigación tenía 17 000 habitantes (2010)<sup>ii</sup>, una parte de la población conserva su actividad agrícola tradicional (la chinampa<sup>iii</sup>) y su organización ocurre en Unidades de Producción Rural Familiar (UPRF). Los principales productos que cultivan son flores y plantas de ornamento, pero también plantan hierbas medicinales y aromáticas. Las UPRF están conformadas por varias generaciones de familias quienes se organizan para producir, transformar y comercializar sus cultivos<sup>44</sup>. En el lugar también habitan las UPRF conformadas por familias migrantes, cuyo jefe de familia llegó a la zona como trabajador y a la larga pudo rentar o comprar una parcela integrando su unidad de producción. En las UPRF, el jefe de familia lleva la mayor carga de trabajo durante el cultivo y es más frecuente que la esposa, aunque apoya en la producción, se encargue de la venta de los productos en diferentes lugares.

Por otro lado, en esta alcaldía residen migrantes rurales, principalmente personas de origen indígena que llegaron como jornaleros a trabajar en las chinampas, en algunos casos se quedaron a vivir en ellas construyendo viviendas improvisadas y sin servicios públicos como agua, luz o drenaje, lo que resuelven a partir de tomas o conexiones ilegales. Algunos inmigrantes permanecen de manera definitiva al lograr adquirir o construir una vivienda. Estas situaciones hacen de las chinampas un espacio multicultural con indígenas de diferentes estados del país. Un fenómeno reciente, debido al deterioro económico de las familias, es que algún hijo o nieto de los dueños de las chinampas habite esta zona de cultivo, aunque en mejores condiciones materiales. Hay casos en los que se construye una vivienda formal con servicios en medio de las zonas de cultivo.

En el momento en el que se realizó este estudio, el salario de un jornalero en promedio era de \$150 pesos por día laborado. La mayoría de la población originaria y migrantes atiende sus problemas de salud en las clínicas de la Secretaría de Salud a través del programa de Seguro Popular, aunque es frecuente que los originarios cuenten con servicios médicos de instituciones públicas de seguridad social a efecto de la prestación laboral de alguno de sus hijos.

<sup>ii</sup> Información local de la Coordinación Territorial, en el momento del estudio.

<sup>iii</sup> Modo prehispánico de cultivo en el que se aprovecha la zona lacustre. La chinampería se considera una tecnología para la producción agrícola en la que se utilizan todos los recursos naturales de la mejor manera. Gracias a la actividad orgánica que se da en el agua de los canales, la fertilidad de la tierra permanece renovada.



Los tres casos presentados en este artículo corresponden a mujeres con diagnóstico de HAS que vivían en la zona de cultivo, situación que marcaba condiciones de vida diferentes.

## LOS CASOS

Sofía es migrante indígena oaxaqueña en la quinta década de la vida, es analfabeta funcional, llegó a la ciudad desde hace 32 años, habla su lengua materna y su español no es fluido. Tiene cinco hijas, vive con una de ellas en la zona de las chinampas, refiere que fue abandonada por su esposo; es trabajadora doméstica fuera de la zona.

Anita es una indígena del Estado de México en la cuarta década de la vida. A los nueve años viajó a la CDMX para trabajar, se casó a los dieciséis años, durante su adultez estudió la primaria, ya no habla su lengua materna, pero la entiende; tiene tres hijos, vive con el menor, que estudia, y con su marido; realiza labores domésticas de su hogar, trabaja en las chinampas y algunos días vende las plantas.

Rosario es originaria de la zona, en la quinta década de la vida, estudió una carrera técnica (nivel medio superior); tiene tres hijos, vive con ellos en las chinampas desde hace quince años, también trabaja en labores domésticas de su hogar, en las chinampas y vende las plantas algunos días a la semana.

A partir del análisis de las entrevistas, se identificaron dos categorías principales: 1. *El inicio y el malestar*; 2. *Experiencia de la enfermedad en la vida cotidiana (trabajo, alimentación, tratamiento y familia)*.

### *El inicio y el malestar*

Hace referencia al contexto en el que se les realizó el diagnóstico de HAS, a través de la narración de cómo se enteraron de su diagnóstico.

*[...] ese día ya tenía como dos semanas que me venía doliendo bastante la cabeza, pero me recostaba y se me pasaba; pero ese día me sentía muy mal, y me acuerdo [de] que le dije a mi esposo, ¿me acompañas?... pero yo sentía que no llegaba ni con el doctor, que era caminar un poco más. Porque de la parada camino un poco más, son cuatro cuadras con él, entonces vi el letrero que decía: farmacia, le dije: ¿sabes qué?, vamos a atravesar la avenida porque es que no, yo me siento que no camino, siento que voy flotando, este... le digo vamos a pasar ya, pasamos y no tenía gente la doctora... (Anita).*

El testimonio ilustra la situación que presentaron las tres mujeres cuando fueron diagnosticadas con HAS tras sufrir una crisis hipertensiva con síntomas agudos. Particularmente, en el caso de las mujeres indígenas, quienes llevaban algunos días sintiendo dolores de cabeza. Rosario también refirió haberse sentido mal y haber acudido con el médico quien le diagnosticó HAS.

Los casos de Sofía y Anita reflejan la situación de atenderse en crisis, de esperar hasta que el malestar fuera intolerable a tal grado de impedirles continuar con sus actividades. En este sentido, Boltanski<sup>45</sup> plantea que los determinismos sociales no se transmiten de manera inmediata al orden biológico de los cuerpos, sino que son modificados por el orden cultural al transformarlos en reglas o gustos, de tal forma que pensamientos, percepciones y acciones se ajustan a sus realidades objetivas.

Según Bordieu<sup>45</sup>, los *habitus* físicos (dimensión de hábitos de clase), son las condiciones objetivas que comparten los miembros de un grupo, establecen una forma de relación con el cuerpo que implica identificar las sensaciones mórbidas a partir de poner atención al cuerpo, lo cual es más difícil



cuando su uso es intenso (actividad física y fuerza), como es el caso de estas mujeres. O bien, cuando las necesidades económicas no permiten ausentarse de las actividades que generan los ingresos (cultivo y ventas de plantas) porque se afecta el presupuesto. Ambos aspectos, la relación con el cuerpo y la necesidad económica derivan en comportamientos que hacen ver a la enfermedad como algo imprevisto que se atiende cuando se presenta de manera abrupta, lo que vuelve difícil ubicar temporalmente a la enfermedad y enfocarse en la prevención. En el contexto de las vidas de estas mujeres, dejar de tener el ingreso de un día para asistir a una consulta al centro de salud no es una opción redituable a la inversión de tiempo, pues al final pueden no recibir consulta, ni medicamentos por aspectos organizativos del centro de salud.

### ***La experiencia de la enfermedad en la vida cotidiana (trabajo, alimentación, tratamiento y familia)***

A través de la narración de cómo transcurren los días en la vida cotidiana de estas mujeres, se identificaron cuatro dimensiones consistentes en la muestra.

#### **• Trabajo**

*[...] –me siento muy mal, le digo, como que me subió mucho la presión, le digo [a su consuegra], –vámonos, si no te va a pasar algo, me dijo la mamá de mi nuera, vámonos, ahí está tu hijo, también ya llegó, vente; –bueno, –ahorita te va a llevar allá abajo, –bueno sí, gracias..., –yo [me] siento como borracha [le dijo a su hijo], tiene tiempo que [me] siento yo así, le dije, –¿cómo usted se va a trabajar? me dijo, –pos sí, le digo (Sofía).*

Las condiciones objetivas de las personas propician llevar su funcionamiento al extremo, tal como lo refiere Das et al.<sup>35</sup>, en la pobreza, las enfermedades son parte de las vicisitudes de la vida y se normaliza trabajar mientras la funcionalidad del cuerpo lo permita, sin que esto signifique negligencia del cuidado por parte de la mujer, tal como se ha planteado en la categoría anterior. En el caso de Sofía, tenía un trabajo remunerado, pero de manera similar a los casos de Anita y Rosario, solo deja de trabajar cuando se presenta una crisis de hipertensión arterial sistémica.

#### **• Alimentación**

La dieta forma parte del tratamiento no farmacológico de las personas con HAS. Los alimentos que la constituyen y las técnicas culinarias son parte de la cultura, estos trascienden los cambios de contextos geográficos como en el caso de la migración. La cultura configura los momentos, frecuencia, tipo de alimentos y sus técnicas culinarias, cuando existen cambios en la dieta se experimentan vivencias difíciles de afrontar por el significado que tiene la alimentación. Modificar sus dietas tradicionales afecta el sentimiento de pertenencia al grupo, tal como lo muestra el estudio de Horowitz et al.<sup>46</sup>, en el que los afroamericanos consideran que ciertas dietas son comida de anglosajones, pensamiento que se enraíza por la esclavitud que vivieron sus ancestros.

*[...] me pongo triste, porque a la vez, estar viendo comer a ellos y se me antoja y ni como estar haciendo doble comida y ni modos, tengo que seguirle o lo que me alcance lo hago (Rosario).*

La constitución de la cultura alimentaria también incluye la accesibilidad económica de alimentos y la atribución de características a los mismos<sup>47</sup> según los requerimientos del cuerpo. Los diferentes testimonios, además de los presentados, se enfocan fundamentalmente en las

limitaciones económicas para mantener una dieta de acuerdo con las recomendaciones médicas, más allá de las preferencias o necesidades individuales.

*[...] bueno sí, sí hago [la dieta], nomás sí hago cuando compro, cuando no, nomás como ahí con mi nuera de lo que hace... sí, cuando tengo dinero pos sí compro, ahorita ya no* (Sofía).

La dieta depende de los recursos de la familia, busca satisfacer la necesidad del grupo, sin embargo, cuando el ingreso es bajo no es posible atender las necesidades particulares de alguno de sus miembros.

#### • El tratamiento

Los testimonios de las dimensiones *alimentación* y *tratamiento* muestran como factor central la falta de recursos económicos que, tal como lo plantea Good<sup>38</sup> desde una fenomenología crítica, da cuenta de cómo las condiciones estructurales en estos contextos modulan los tratamientos; en este caso, ambos, el farmacológico y el no farmacológico, sin los cuales se eleva el riesgo de sufrir una crisis hipertensiva.

*[...] un tiempo me estuvo trayendo mi nuera [las pastillas], trabaja en el hospital, y también se puede decir [que] cuando salí de mi operación me dieron medicina, me dieron como seis de este frasquito de captopril, pero como le digo que no me las tomo, me duraron* (Anita).

*[...] la otra, a veces por falta de dinero, o sea, si yo me apego al doctor, pues cuánto voy a gastar... y no lo tengo... Del dolor de cabeza sí, bueno, cuando he ido con él [médico privado], este, si voy por dolor de estómago, que siempre he padecido la colitis, me ha encontrado siempre con la presión alta, dice –no está muy elevada, discretamente, pero sí está un poco elevada y sí me ha dicho: –¿sigues tomando el medicamento? Pero ve que le dije que me la había dejado de tomar, [pero a él] le dije que sí. Me regañó, –mira, por tu propio bien trata de tomártelo, si se te pasa de tomarte las dos, por lo menos una, tómate una diario... De repente [no se toma la pastilla] porque ando corriendo, pero la otra digo –sí voy a empezar con puro medicamento, a lo mejor la presión me la controlo, pero ¿después el estómago, la gastritis? O qué sé yo* (Anita).

*Pues, a veces, debo ser sincera, cuando no tenemos dinero hasta una semana sí me he aventado sin medicamento. No me lo dan [en el centro de salud] no, siempre lo he comprado yo. La última vez que fui, me dijo el doctor que si tenía medicamento. Le dije –no, ya se me va a acabar y me dice –es que ahorita no hay en existencia, no hay. Pues de todos modos lo he comprado* (Rosario).

También se destaca la relación médico-paciente en la que no hay espacio para plantear o resolver la disponibilidad de medicamentos u otras dificultades del contexto, no obstante, dicha relación ha mostrado ser fundamental para que las personas sigan su tratamiento<sup>48,49</sup>. La sensación de dependencia del medicamento, el temor o la experiencia de sus efectos adversos, así como el olvido, son aspectos mencionados con frecuencia cuando se exploran las razones para no seguir el tratamiento<sup>50,51</sup>. Estos argumentos podrían interpretarse como una estrategia para tomar menos dosis de la prescrita, para alargar los periodos de compra o para disminuir el efecto esperado al tomar menos dosis.

## • Familia

Los testimonios de Anita y Rosario reflejan las tensiones familiares que se experimentan como generadoras de malestar. Desde una perspectiva de género, un aspecto central es la tradicional división del trabajo, que parte de una estructura jerárquica y patriarcal en la cual las labores del hogar (la limpieza, compras o la preparación de alimentos) son realizadas por mujeres y niñas principalmente<sup>52</sup>, tal como lo narran las mujeres entrevistadas en el estudio.

*En este tiempo, como no hay tanta planta, se puede decir [que] no ha habido planta, él me ha ayudado [a] medio escombrar el cuarto, pero si hay sembradío yo tengo que escombrar, lavar, en la comida, los trastes, la venta, encajonar [las plantas], entregarlas... entonces, les digo, –si vemos, mi paquete es grande y son las 11, las 12 de la noche, a veces no termino y ustedes no (Anita).*

*[...] ¿sabe qué también?, que con los hijos es de hacer puros corajes [por faltar a sus responsabilidades] y es también cuando hago un coraje, así, grande, es cuando me siento así [con la presión alta]. ¿Qué es lo que hago? Cuando siento que no aguanto, que me voy a caer, vengo y me acuesto y me quedo bien dormida, dormida, dormida, –¿saben qué? déjenme; vamos al doctor [le dicen esposo o hijos], les digo –no, mejor me duermo y yo creo hasta que se calma y me quedo muy perdida, ya levantándome ya estoy más tranquila (Rosario).*

El trabajo doméstico que se realiza en el espacio privado del hogar es invisibilizado y devaluado, se considera trabajo no productivo por no ser remunerado, sin embargo, desde una economía feminista, sabemos que, sin el trabajo doméstico, no es posible el trabajo extradoméstico. En esta desigual división del trabajo, las mujeres quedan subordinadas a quienes reciben los salarios o, como en este contexto, a las ganancias del trabajo de la producción de la unidad familiar. En ese mismo sentido, las mujeres se encargan de las labores de cuidado de los hijos, nietos o adultos mayores; la crianza y la satisfacción de necesidades afectivas o físicas de las personas dependientes en la familia son más que labores necesarias para la subsistencia familiar<sup>53</sup>.

La experiencia de la enfermedad en la vida cotidiana, así como sus dimensiones (*trabajo, alimentación, tratamiento y familia*), dan cuenta del contexto social y económico en el que vive la mujer. La necesidad de seguir trabajando incluso con malestar, las dificultades para seguir una dieta acorde a su padecimiento, como el cambio de algunos componentes de su dieta habitual, la disminución de grasas y carbohidratos, puede no ser aceptado por la familia, pues solo hay presupuesto para una sola dieta. Las situaciones familiares que fueron descritas, asociadas al malestar relacionado con la HAS, estuvieron presentes en las tres mujeres, además de la narrativa de no seguir el tratamiento, la dificultad para acceder a los servicios, el costo, la desconfianza y el temor de los efectos al tomar medicamentos todos los días.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este trabajo tuvo como finalidad estudiar desde una mirada crítica la configuración de la experiencia y significado de padecer HAS, vinculados a los contextos de personas con estatus diferentes, ser originario de la comunidad o migrante indígena.

En la categoría *El inicio*, se describe cómo Sofía y Anita, migrantes indígenas, son diagnosticadas en situaciones de crisis, lo que se explica desde la perspectiva de Boltanski<sup>52</sup> sobre la cultura somática,

la cual obedece a normas específicas determinadas por las condiciones objetivas de las personas, de tal forma que el interés y atención que se preste al cuerpo es determinado por dichas normas. Parte de esta vigilancia se enfoca en las señales corporales con fines de búsqueda de atención, como se advierte en dichos casos, sin embargo, las necesidades económicas hacen difícil que una persona se ausente de su trabajo para buscar revisión médica. Boltanski<sup>52</sup> también plantea que, condiciones como la inseguridad económica, impiden a las personas adoptar una actitud de previsión financiera frente a la enfermedad; para ellas, la enfermedad irrumpe la vida normal, se presenta como crisis inevitable. Es decir, en estas circunstancias la enfermedad *es, por definición, lo que no puede controlarse, constituye para ellos una catástrofe económica y familiar en la que no se quiere ni pensar*.

Sin embargo, en la literatura médica sobre HAS se hace otra interpretación al respecto, los médicos consideran que conectar el síntoma con la enfermedad es ineficaz, porque saben que la enfermedad se presenta asintomática, con excepción de los casos severos, entonces las personas esperan a tener síntomas para sentir que tienen una enfermedad real<sup>54</sup>. Esta aseveración descontextualiza a las personas que no necesariamente *esperan* el síntoma y que viven la interacción desfavorable entre la situación económica y el acceso al servicio de salud público. Ejemplo claro son las horas de espera para ser atendidas, por las que llegan a perder hasta un día de trabajo, ya sea por el tiempo que les demanda sacar una ficha médica o por esperar para recibir la atención. Aunado a ello está el agravante de no recibir los medicamentos o incluso la consulta, ya sea por inasistencia del profesional médico o por los horarios, lo que desincentiva la búsqueda de atención, además de que se genera desconfianza para plantear los temores y aclarar dudas, como se muestra en el testimonio de Anita.

La accesibilidad a los servicios de salud según Arah et al., se puede definir como la facilidad con la que un paciente puede llegar a los servicios de salud, y se relaciona, entre otros, con el acceso físico (distribución geográfica de los servicios), los costos de atención médica y el tiempo de espera<sup>55</sup>. De acuerdo con esta definición, dicho en general, los servicios de salud no son accesibles para estas mujeres, lo que deriva en inequidad de la asistencia médica. Las dificultades en la búsqueda de atención o de una consulta en las instituciones públicas interactúan con la cultura somática que deriva en el hecho de que la enfermedad no se percibe como riesgo o amenaza, salvo en crisis. Esto difiere de otros hallazgos como los de Schuster et al.<sup>56</sup>, quienes estudiaron las construcciones metafóricas de tres grupos étnicos inmigrantes de los Países Bajos. En dicho estudio describieron que para algunas personas el diagnóstico de HAS ha significado estar en constante peligro, como *tener una bomba de tiempo, un asesino al que hay que estar atento* o bien, padecerla es como estar destinado a morir.

Por otro lado, hay similitud entre las narrativas que se exponen en esta investigación con la mayoría de los estudios; las mujeres describen situaciones de limitación económica y tensiones familiares que aluden a vidas *bajo presión* o *presión de vida*, tal como lo demuestran los estudios de Beune et al.<sup>30</sup> y Higgintbottom<sup>57</sup>. De acuerdo con estas autoras, la presión o el estrés son una dimensión de la vida que las personas relacionan con la HAS, tal como lo ilustra la propuesta de Good<sup>32</sup>, quien explica los factores que modulan la experiencia de la enfermedad, por ejemplo, los problemas de salud, el sufrimiento y las preocupaciones, agrupadas por diversos autores como estrés en contextos de desventajas y condiciones estructurales como la pobreza y el acceso limitado a la atención de la salud.

En este contexto, no hay alusión explícita sobre que la HAS afecte las diferentes dimensiones de la vida de las mujeres; la experiencia de conocer el diagnóstico y los malestares referidos son incorporados como parte de su cotidianidad, se reconocen con vidas *bajo presión*, pero tal como lo plantea Das et al.<sup>35</sup> los malestares y enfermedades se interpretan como situaciones naturales productos de altibajos de la vida y mientras el cuerpo funcione, se sigue adelante.

Las situaciones que vivían las mujeres de este estudio pueden analizarse desde la estructura y funcionamiento de la unidad doméstica, que según Tepichin<sup>58</sup>, suponen una distribución desigual de la pobreza al interior de la unidad. En ella, los niveles de bienestar no son homogéneos, los cuales están determinados por la posición generacional (género y parentesco de cada uno de sus miembros), dado por el control de los recursos y el poder de decisión de sus miembros en la sobrevivencia de la unidad, lo que, según esta autora, lleva a identificar un tipo de pobreza secundario especialmente entre mujeres y ancianos.

Hacer visible cómo el trabajo de las mujeres a partir de una división sexual *naturalizada* tiene efectos sobre sus condiciones de vida, ayuda a comprender la tensión entre el trabajo extradoméstico y el doméstico, como lo narran Rosario y Anita, en un contexto permanente de doble jornada que no tiene un efecto en mitigar la desigualdad económica al interior de la unidad doméstica<sup>59</sup>. A diferencia de la narrativa de Sofía, que por su posición generacional en la unidad doméstica (madre y suegra) en la que vive, no está a cargo del trabajo doméstico de su casa, pero sí tiene trabajo remunerado que le permite su sustento. La condición de migrante y originaria no mostró diferencias importantes, probablemente debido al tiempo que llevan las mujeres migrantes viviendo en las chinampas y a que comparten el espacio y la economía de UPRF, así como por el hecho de que la comunicación de las mujeres indígenas es en español y comparten el contexto cultural con relación al género.

La experiencia de la enfermedad en este estudio mostró que los ritmos de la HAS se experimentan con relación a las emociones inherentes a las dinámicas familiares, como las tensiones y sufrimiento generados por los contextos estrechamente vinculados a la pobreza y desigualdad de género.

En cuanto a la no adherencia al tratamiento, Marshall et al.<sup>60</sup>, en su revisión de 53 estudios cualitativos de 16 países sobre el tema, concluyen que *la falta de adherencia al tratamiento de la hipertensión a menudo se debe a que los pacientes no comprendían las causas y los efectos de la hipertensión; en particular, se basaban en la presencia de estrés o síntomas para determinar si la presión arterial estaba elevada*. Estas creencias eran similares en todos los grupos étnicos y geográficos estudiados. Por lo tanto, reducir el problema de la no adherencia a *creencias* sobre la enfermedad sin considerar los contextos de la vida cotidiana de las personas, limita la perspectiva para diseñar intervenciones dirigidas a poblaciones vulnerables. También Marshall et al.<sup>60</sup>, identificaron los factores que impidieron la adherencia como son no contar con tiempo para tomar los medicamentos o para ver al médico; no tener dinero suficiente para pagar el tratamiento; el costo de las consultas y la alimentación saludable; falta de seguro médico; y el olvido, resultados que coinciden con este estudio, factores sinérgicos que superan la idea de una decisión o creencia individual.

La adherencia a los medicamentos es definida como el grado en que el comportamiento de un *paciente* corresponde con el régimen de dosificación del medicamento prescrito, incluido el tiempo, la dosificación y el intervalo de toma<sup>61</sup>. Sin embargo, es un concepto insuficiente para explorar la falta de control de la HAS en personas que viven en contextos con desventajas sociales, económicas y culturales. Múltiples estudios sobre adherencia a la terapia en enfermedades crónicas, desde una perspectiva cuantitativa, han identificado al estatus socioeconómico y la etnicidad como factores que impactan negativamente en el cumplimiento del tratamiento<sup>62</sup>. Sin embargo, profundizar en la especificidad de los mecanismos que actúan en la vida cotidiana de las personas, proporciona

conocimiento crítico y elementos para abordar de manera sensible los encuentros entre el personal de salud con las personas diagnosticadas con HAS.

En la práctica, desde una perspectiva crítica, se requieren cambios estructurales que modifiquen las desigualdades e inequidades en la atención a la salud, cambios organizativos en los servicios y capacitación para superar el enfoque biomédico a fin de caminar hacia la atención centrada en la persona, con perspectiva de género. Sin embargo, en lo concreto y factible, una propuesta es establecer una consejería personalizada por enfermeras(os) con capacitación para escuchar y ofrecer alternativas, considerando los contextos que configuran tanto la experiencia como las necesidades que de ella derivan. La razón para proponer que sea el personal de enfermería es porque teóricamente son formados con una perspectiva integral sobre la persona, y en México se encuentran distribuidos ampliamente en la mayor parte de las unidades de atención del sector salud<sup>63</sup>. Lo anterior acorde con la política internacional de práctica avanzada en el primer nivel<sup>64,65</sup> e iniciativas planteadas como la de Hannan et al.<sup>66</sup> para la población de Estados Unidos. Las intervenciones de enfermería dirigidas a mejorar los niveles de presión arterial en personas diagnosticadas con HAS, se han probado desde diversos enfoques en diferentes países<sup>67,68</sup>. Es importante la construcción de un modelo de consejería ecléctico que considere los contextos, la experiencia y necesidades, pero que retome la efectividad de algunos recursos como el modelo de las etapas de cambio, el cual podría implementarse en contextos de vulnerabilidad<sup>69</sup>.

El reto en investigación es probar efectividad en los resultados y la experiencia de la persona con el acompañamiento del profesional de enfermería a través de la consejería en contextos como el de este estudio.

Las limitaciones de este trabajo es el número de casos y que las personas entrevistadas solo fueran mujeres. Es necesario profundizar con un mayor número de casos, sin embargo, la duración del seguimiento, la observación participante y la caracterización del contexto permitieron dar especificidad a los hallazgos.

### RESPONSABILIDADES ÉTICAS

**Confidencialidad de los datos.** La confidencialidad de la información se garantizó al no utilizar nombres reales, ni proporcionando características o información que permitan identificar a las participantes. Las transcripciones y notas originales solo fueron manejadas por la primera autora.

**Conflicto de interés.** Los autores declaran no tener conflicto de interés.

**Financiamiento.** Ninguno.

**Agradecimientos.** Los autores expresamos nuestro agradecimiento a las observaciones y contribuciones de la Dra. Ingris Peláez Ballestas.

### REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; © 2021. Mas de 700 millones de personas con hipertensión sin tratar. <https://bit.ly/3ZI8vTo>
2. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. Global disparities of hypertension prevalence and control: A systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation*. 2016; 134(6): 441-50. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912>



3. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380(9859): 2224-60. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)
4. Zhou D, Xi B, Zhao M, Wang L, Veeranki SP. Uncontrolled hypertension increases risk of all-cause and cardiovascular disease mortality in US adults: The NHANES III Linked Mortality Study. *Sci Rep*. 2018; 8: 1-7. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-27377-2>
5. Conn VS, Ruppert TM, Chase JA, Enriquez M, Cooper PS. Interventions to improve medication adherence in hypertensive patients: Systematic review and meta-analysis. *Curr Hypertens Rep*. 2015; 17: 94. <https://doi.org/10.1007/s11906-015-0606-5>
6. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2017; 96(4): 1-9. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005641>
7. Elliot WJ. What factors contribute to the inadequate control of elevated blood pressure? *J Clin Hypertens*. 2008; 10(Suppl. 1): 20-6. <https://doi.org/10.1111/j.1524-6175.2007.08028.x>
8. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19: resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2021. <https://bit.ly/3LahcPq>
9. Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2020. <https://bit.ly/3BFXboh>
10. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Pedroza-Tobías A, Medina C, Barquera S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. *Ensanut MC* 2016. *Salud pública Méx*. 2018; 60(3): 233-43. <https://doi.org/10.21149/8813>
11. Anderson LJ, Nuckols TK, Coles C, Le MM, Schnipper JL, Shane R, et al. A systematic overview of systematic reviews evaluating medication adherence interventions. *Am J Health-Syst Pharm*. 2020; 77(2): 138-47. <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxz284>
12. Van der Laan DM, Elders PJM, Boons CCLM, Beckeringh JJ, Nijpels G, Hugtenburg JG. Factors associated with antihypertensive medication non-adherence: A systematic review. *J Hum Hypertens*. 2017; (31): 687-94. <https://doi.org/10.1038/jhh.2017.48>
13. Vooradi S, Mateti UV. A systemic review on lifestyle interventions to reduce blood pressure. *J Health Res Rev Dev Ctries*. 2016; 3(1): 1-5. <https://doi.org/10.4103/2394-2010.173558>
14. Pinho S, Cruz M, Ferreira F, Ramalho A, Sampaio R. Improving medication adherence in hypertensive patients: A scoping review. *Prev Med*. 2021; 146: 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106467>
15. Tinsel I, Buchholz A, Vach W, Siegel A, Dürk T, Buchholz A, et al. Shared decision-making in antihypertensive therapy: A cluster randomised controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2013; 14: 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-135>
16. Fletcher BR, Hinton L, Hartmann-Boyce J, Roberts NW, Bobrovitz N, McManus RJ. Self-monitoring blood pressure in hypertension, patient and provider perspectives: A systematic review and the-matic synthesis. *Patient Educ Couns*. 2016; 99(2): 210-9. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.026>
17. Tam HL, Wong EML, Cheung K, Chung SF. Effectiveness of text messaging interventions on blood pressure control among patients with hypertension: Systematic review of randomized controlled trials. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2021; 9(9): 1-14. <https://doi.org/10.2196/24527>



18. Leon N, Surender R, Bobrow K, Muller J, Farmer A. Improving treatment adherence for blood pressure lowering via mobile phone SMS-messages in South Africa: A qualitative evaluation of the SMS-text Adherence Support (StAR) trial. *BMC Fam Pract.* 2015; 16: 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0289-7>
19. Bengtsson U, Kjellgren K, Hallberg I, Lindwall M, Taft C. Improved blood pressure control using an interactive mobile phone support system. *J Clin Hypertens.* 2016; 18(2): 101-8. <https://doi.org/10.1111/jch.12682>
20. Taylor KD, Adedokun A, Awobusuyi O, Adeniran P, Onyia E, Ogedegbe G. Explanatory models of hypertension among Nigerian patients at a University Teaching Hospital. *Ethn Health.* 2012; 17(6): 615-29. <https://doi.org/10.1080/13557858.2013.771151>
21. Shamsi A, Dehghan-Nayeri N, Esmaeili M. Living with hypertension: A qualitative research. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2017; 5(3): 219-30. <https://bit.ly/3TnQUgI>
22. Lasco G, Mendoza J, Renedo A, Seguin ML, Palafox B, Palileo-Villanueva LM et al. Nasa dugo ('It's in the blood'): Lay conceptions of hypertension in the Philippines. *BMJ Glob Health.* 2020; 5: 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002295>
23. Lackland DT. Racial differences in hypertension: Implications for high blood pressure management. *Am J Med Sci.* 2014; 348(2): 135-8. <https://doi.org/10.1097/MAJ.0000000000000308>
24. Buckley L, Labonville S, Barr J. A systematic review of beliefs about hypertension and its treatment among African Americans. *Curr Hypertens Rep.* 2016; 18: 52. <https://doi.org/10.1007/s11906-016-0662-5>
25. Shiyabola OO, Brown CM, Ward EC. "I did not want to take that medicine": African-Americans' reasons for diabetes medication nonadherence and perceived solutions for enhancing adherence. *Patient Prefer Adherence.* 2018; 12: 409-21. <https://doi.org/10.2147/PPA.S152146>
26. Gracey M, King M. Indigenous health part 1: Determinants and disease patterns. *Lancet.* 2009; 374(9683): 65-75. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60914-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60914-4)
27. Rosenthal T. The effect of migration on hypertension and other cardiovascular risk factors: A review. *J Am Soc Hypertens.* 2014; 8(3): 171-91. <https://doi.org/10.1016/j.jash.2013.12.007>
28. Akinlua JT, Meakin R, Freemantle N. Beliefs about hypertension among Nigerian immigrants to the United Kingdom: A qualitative study. *PLoS One.* 2017; 12(7): 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181909>
29. Bokhour BG, Cohn ES, Cortés DE, Solomon JL, Fix GM, Elwy AR, et al. The role of patients' explanatory models and daily-lived experience in hypertension self-management. *J Gen Intern Med.* 2012; 27(12): 1626-34. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2141-2>
30. Beune EJAJ, Haafkens JA, Schuster JS, Bindels PJE. 'Under pressure': How Ghanaian, African-Surinamese and Dutch patients explain hypertension. *J Hum Hypertens.* 2006; 20: 946-55. <https://doi.org/10.1038/sj.jhh.1002094>
31. Martínez A. Genes, enfermedades y determinismos. En: Martínez-Hernández A. *Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad.* Barcelona: Antrophos; 2008.
32. Good BJ. La antropología médica y el problema de la creencia. En: Good B. *Medicina, racionalidad y experiencia.* Barcelona: Ballaterra; 2003.
33. Stanford Encyclopedia of Philosophy. Phenomenology. Stanford: SEP; 2013. <https://stanford.io/3qP4n3U>
34. Desjarlais R, Throop J. Phenomenological approaches in anthropology. *Annu. Rev. Anthropol.* 2011. 40: 87-102. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-092010-153345>

35. Das V, Das RK. Chapter 3 How the body speaks: Illness and the lifeworld among the urban poor. In: Biehl J, Good BJ, Kleinman A. Subjectivity. Ethnographic investigations. California: University of California; 2007. 66-97 <https://doi.org/10.1525/california/9780520247925.003.0004>
36. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med Clin Cases*. 1978; 88(2): 251-8. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>
37. Guber R. *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno XXI Editores; 2016. <https://bit.ly/3duuVnW>
38. Meyer S, Ward P. 'How to' Use social theory within and throughout qualitative research in health-care contexts. *Sociol Compass*. 2014; 8(5): 525-39. <https://doi.org/10.1111/soc4.12155>
39. Mattingly C. Defrosting concepts, destabilizing doxa: Critical phenomenology and the perplexing particular. *Anthropological Theory*. 2019; 19(4): 415-39. <https://doi.org/10.1177/1463499619828568>
40. Ortega-Olivares M. Pueblos originarios, autoridades locales y autonomía al sur del Distrito Federal. *Nueva Antropol*. 2010; 23(73): 87-117. <https://bit.ly/3A4vGvB>
41. Romero-Tovar MT. Antropología y pueblos originarios de la Ciudad de México: Las primeras reflexiones. *Argumentos*. 2009; (59): 45-65. <https://bit.ly/41fzPg>
42. Portal MA. El desarrollo urbano y su impacto en los pueblos originarios en la Ciudad de México. *Alteridades*. 2013; 23(46): 53-64. <https://bit.ly/3DGJvni>
43. Congreso de la Ciudad de México. Decreto por el que se expide la Ley de Derechos de los Pueblos y Barrios Originarios y Comunidades Indígenas residentes en la Ciudad de México. CDMX: Gaceta Oficial de la Ciudad de México; 2019. <https://bit.ly/4oexEEm>
44. Ochoa-López F. La organización social en el Pueblo de San Luis Tlaxialtemalco, Delegación Xochimilco, Distrito Federal, base para un desarrollo regional. [Tesis]. CDMX: UNAM-Facultad de Estudios Superiores Aragón; 2008. <https://bit.ly/3S1OjHA>
45. Boltanski L. *Los usos sociales del cuerpo (segunda parte)*. Argentina: Ediciones Periferia; 1975. <https://bit.ly/3qW5qyV>
46. Horowitz CR, Tuzzio L, Rojas M, Monteith SA, Sisk JE. How do urban African Americans and Latinos view the influence of diet on hypertension?. *J Health Care Poor Underserved*. 2004; 15(4): 631-44. <https://doi.org/10.1353/hpu.2004.0061>
47. Bertoni AG, Foy CG, Hunter JC, Quandt SA, Vitolins MZ, Whitt-Glover MC. A multilevel assessment of barriers to adoption of Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) among African Americans of low socioeconomic status. *J Health Care Poor Underserved*. 2011; 22(4): 1205-20. <https://doi.org/10.1353/hpu.2011.0142>
48. Świątoniowska-Lonc N, Polański J, Tański W, Jankowska-Polańska B. Impact of satisfaction with physician-patient communication on self-care and adherence in patients with hypertension: cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2020; 20: 1046. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05912-0>
49. Swain S, Hariharan M, Rana S, Chivukula U, Thomas M. Doctor-patient communication: Impact on adherence and prognosis among patients with primary hypertension. *Psychol Stud*. 2015; 60(1): 25-32. <https://doi.org/10.1007/s12646-014-0291-5>
50. Kretchy I, Owusu-Daaku FT, Danquah SA, Asampong E. A psychosocial perspective of medication side effects, experiences, coping approaches and implications for adherence in hypertension management. *Clin Hypertens*. 2015; 21: 19. <https://doi.org/10.1186/s40885-015-0028-3>

51. Tan CS, Hassali MA, Neoh CF, Saleem F. A qualitative exploration of hypertensive patients' perception towards quality use of medication and hypertension management at the community level. *Pharmacy Prac (Granada)*. 2017; 15(4): 1074. <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2017.04.1074>
52. Cuidados y desigualdades en México: una lectura conceptual. En: OXFAM México. *Trabajos de cuidados y desigualdad*. CDMX: OXFAM México; 2019. pp. 19-64. <https://bit.ly/3S3s8RL>
53. Rodríguez-Enríquez C. Economía del cuidado y desigualdad en América Latina: avances recientes y desafíos pendientes. En: Carrasco-Bengoá C, Díaz-Corral C (editoras). *Economía feminista: desafíos, propuestas, alianzas*. Barcelona: Entrepueblos/Entrepobles/Entrepobos/Herriarte; 2017. 143-66. <https://bit.ly/3r2WpEg>
54. Altiner A. Patients' concepts of hypertension: New insights support the need for more shared decision making independent of cultural background. *BMJ*. 2012; 345: 1-2. <https://doi.org/10.1136/bmj.e4688>
55. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int J Qual Health Care*. 2006; 18(Suppl. 1): 5-13. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzlo24>
56. Schuster J, Beune E, Stronks K. Metaphorical constructions of hypertension among three ethnic groups in the Netherlands. *Ethn Health*. 2011; 16(6): 583-600. <https://doi.org/10.1080/13557858.2011.594996>
57. Higginbottom G. "I didn't tell them. Well, they never ask". Lay understandings of hypertension and their impact on chronic disease management: Implications for nursing practice in primary care. *J Res Nurs*. 2008; 13(2): 89-99. <https://doi.org/10.1177/1744987108088636>
58. Tepichin-Valle AM. Desigualdades de género y pobreza femenina. En: Tepichin-Valle AM. *Género en Contextos de pobreza*. México, D.F.: El Colegio de México; 2011. 11-34. <https://bit.ly/4oEtOoo>
59. Tepichin-Valle AM. La actividad económica de las mujeres: espacio por excelencia para explorar el vínculo entre género y pobreza. *Estud. sociol*. 2013; 31(supl.): 143-66. <https://bit.ly/3Nj4pgZ>
60. Marshall IJ, Wolfe CDA, McKevitt C. Lay perspectives on hypertension and drug adherence: Systematic review of qualitative research. *BMJ*. 2012; 345. <https://doi.org/10.1136/bmj.e3953>
61. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication compliance and persistence: Terminology and definitions. *Value Health*. 2008; 11(1): 44-47. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x>
62. Gast A, Mathes T. Medication adherence influencing factors - an (updated) overview of systematic reviews. *Syst Rev*. 2019; 8: 112. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1014-8>
63. Secretaría de Salud. *Estado de la enfermería en México 2018*. CDMX: SSA; 2018. <https://bit.ly/2UDYesB>
64. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. *Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud*. Washington, D.C.: OPS; 2018. <https://bit.ly/2uAdU5d>
65. Himmelfarb CRD, Commodore-Mensah Y, Hill MN. Expanding the role of nurses to improve hypertension care and control globally. *Ann Glob Health*. 2016; 82(2): 243-53. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2016.02.003>
66. Hannan JA, Commodore-Mensah Y, Tokieda N, Smith AP, Gawlik KS, Murakami L, et al. Improving hypertension control and cardiovascular health: An urgent call to action for nursing. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2022; 19(1): 6-15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12560>

67. Dean SC, Kerry SM, Khong TK, Kerry SR, Oakeshott P. Evaluation of a specialist nurse-led hypertension clinic with consultant backup in two inner city general practices: Randomized controlled trial. *Fam Pract*. 2014; 31(2): 172-9. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmto74>
68. Hebert PL, Sisk JE, Tuzzio L, Casabianca JM, Pogue VA, Wang JJ, et al. Nurse-led disease management for hypertension control in a diverse urban community: A randomized trial. *J Gen Intern Med*. 2012; 27(6): 630-9. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1924-1>
69. Drevenhorn E, Bengtson A, Allen JK, Säljö R, Kjellgren KI. Counselling on lifestyle factors in hypertension care after training on the stages of change model. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2007; 6(1): 46-53. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2006.03.007>