



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**FACTORES PSICOSOCIALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS
ASOCIADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS EN MEXICANOS RETORNADOS**

T E S I S

QUE, PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :**

ALEXA MICHEL DAZA PIÑÓN



**DIRECTORA DE TESIS: CLAUDIA MARGARITA RAFFUL
LOERA**

**REVISORA: ANGÉLICA JUÁREZ LOYA
SINODALES:**

DR. CARLOS OMAR SÁNCHEZ XICOTENCATL

DRA. AIME EDITH MARTÍNEZ BASURTO

DRA. MARÍA SANTOS BECERRIL PÉREZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO

2022

**INVESTIGACIÓN REALIZADA GRACIAS AL PROGRAMA DE
APOYO A PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN
TECNOLÓGICA (PAPIIT) DE LA UNAM <<IA301320>>. AGRADEZCO A
DGAPA-UNAM LA BECA RECIBIDA**



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.

AGRADECIMIENTOS

Estoy sumamente agradecida con Jesús Daniel y mis participantes de Albergue Constitución de 1917 que hicieron esta tesis posible.

Dra. Claudia Rafful, eres mi modelo a seguir. Te admiro, gracias por ser un gran ser humano, apoyarme en los momentos más complicados de mi vida y por compartirme de tu amor por la investigación.

Dr. Gutiérrez, nunca habrán palabras suficientes para agradecer todo el apoyo que me brindaste, realmente esta tesis no podría ser posible sin tu ayuda. Gracias siempre brindar palabras de aliento, por ser una persona con tanta ética y plasmar en cada acto tu amor por la vida.

Dr. Soto, gracias por ser mi rayito de sol y convertir uno de los momentos más complicados de mi vida en un espacio de aprendizaje y de superación. Nuevamente no encuentro la manera de cómo agradecer todo el apoyo. Te admiro.

Mstra. Liliana Márquez, muchas gracias por ser mi ángel de la guarda y guiarme en mi crecimiento personal y profesional.

Leo, Missa, Geram, Andy, Tabs, Reyna y Majo, gracias por hacer del seminario de titulación un espacio de mucho aprendizaje y diversión.

Papá, gracias por ser el mejor mentor de vida y soporte. Mamá, gracias por compartirme tu gusto por el aprendizaje y la valentía para enfrentarme a la vida. Les agradezco todo el amor, la comprensión y la guía que me han brindado en todo este tiempo, ¡los amo y admiro!.

Coco, eres el amor de mi vida. Gracias por ser el mejor compañero que la vida me pudo dar.

Chan, te quiero mucho. Siempre seremos el dúo dinámico, gracias por motivarme en mi crecimiento en todos los aspectos de mi vida, por el apoyo y la escucha durante todo este tiempo.

Hermanas (Fer, Karly, Jessy, Andy y Kei) gracias por tantos años de amistad, por el apoyo y amor. Espero continuar creciendo a su lado por muchos años.

Abuelita Liz, te dedico esta tesis agradeciéndote todos los momentos que estuvimos en el hospital y fuiste mi compañera de estudio. Gracias por inspirarme a seguir creciendo.

Índice

Resumen.....	6
Abstract.....	7
Introducción.....	9
Marco teórico.....	16
En Búsqueda Del Sueño Americano.....	16
Antecedentes en la Migración de México a Estados Unidos.....	16
Reformas migratorias de Barack Obama y Donald Trump.....	25
Flujo Migratorio México- Estados Unidos 2020.....	29
Huellas psicológicas del proceso migratorio.....	30
Estrés, ansiedad y depresión en personas migrantes y deportadas.....	34
Consumo de sustancias psicoactivas durante el proceso migratorio.....	37
Hipótesis.....	43
Definición de variables.....	43
Método.....	46
Muestreo.....	47
Muestra.....	48
Procedimiento.....	48
Procedimiento cuantitativo.....	49
Procedimiento cualitativo.....	51

Resultados	52
Resultados cuantitativos	52
Características sociodemográficas	52
Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas a lo largo de la vida	56
Nivel de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas	59
Factores psicosociales	60
Resultados cualitativos	61
Experiencia de consumo en Estados Unidos	61
Motivos de consumo de cristal	62
Consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas	63
Estigma	66
Abstinencia y recaída	67
Rehabilitación	68
Tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias	69
Comorbilidad	70
Deportación	72
Impacto emocional tras la deportación	72
Experiencia de consumo a raíz de la deportación	72
Reinserción social y laboral	74
Acceso a los servicios de salud tras la deportación	75

Paternidad y maternidad a distancia a causa de la deportación	75
Resultados mixtos	76
Discusión	78
Conclusión	81
Referencias.....	82

Resumen

Objetivo: Describir los factores psicosociales, sociodemográficos y los patrones de riesgo por consumo actual en mexicanos que vivieron en Estados Unidos y residen en la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM). *Método:* Se realizó un muestreo no probabilístico de bola de nieve de mexicanos que han vivido en Estados Unidos mínimo 5 meses, en una situación legal de indocumentado y que viven en la ZMVM. Estudio mixto con un diseño de triangulación concurrente y recolección simultánea de datos cualitativos y cuantitativos. Se aplicó un cuestionario a 17 personas para identificar características sociodemográficas, patrones de consumo, sintomatología ansiosa, depresiva, nivel de desesperanza y apoyo social. Se realizaron entrevistas a profundidad a 7 participantes, lo cual permitió identificar diversas experiencias del consumo en Estados Unidos y México y la reinserción social tras un retorno involuntario. *Resultados:* Se reportó mayor proporción de consumo alguna vez en la vida de marihuana (62.5%), cocaína (37.5%), metanfetaminas (25%), inhalantes (25%) y alucinógenos (25%) en personas deportadas (n=7), así como un nivel de riesgo bajo en el consumo de las sustancias psicoactivas mencionadas. Además de sintomatología depresiva y ansiosa severa (52.9% en ambas), desesperanza moderada (58.8%) y un apoyo social percibido por parte de los familiares (58.8%). Por medio de los relatos se identificó la historia de consumo, las implicaciones de éste, el impacto psicosocial de la deportación y su relación con el desarrollo del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. *Conclusiones:* El nivel de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas en personas deportadas de Estados Unidos se puede ver incrementado por la ausencia de recursos económicos, vivienda, empleo y servicios médicos; así como el aumento en la sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, la desesperanza y la falta de percepción de apoyo en las redes sociales.

Palabras clave: factores sociodemográficos, factores psicosociales, uso de sustancias, migración, métodos mixtos

Abstract

Objective: To describe the psychosocial and sociodemographic factors and risk patterns for current consumption in Mexicans who lived in the United States and currently reside in the Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM). *Method:* A non-probabilistic snowball sampling of Mexicans who have lived in the United States for at least 5 months, in a legal undocumented situation and who currently live in the ZMVM. Mixed study with a concurrent triangulation design and simultaneous collection of qualitative and quantitative data. A questionnaire was applied to 17 people to identify sociodemographic characteristics, consumption patterns, anxious and depressive symptoms, level of hopelessness and social support. In-depth interviews were conducted with 7 participants, which made it possible to identify different experiences of consumption in the United States and Mexico and social reintegration after an involuntary return. *Results:* A high proportion of lifetime use of marijuana (62.5%), cocaine (37.5%), methamphetamines (25%), inhalants (25%) and hallucinogens (25%) were reported in deportees (n=7), as well as a low level of risk in the consumption of the psychoactive substances mentioned. Returned migrants reported severe depressive and anxious symptoms (52.9% in both), moderate hopelessness (58.8%) and perceived social support from family members (58.8%). Through the stories, the history of consumption, its implications, the social impact of deportation and its relationship with the development of psychoactive substance use disorder were identified. *Conclusion:* The level of risk for the consumption of psychoactive substances in returned migrants from the United States can be seen increased by the lack of

economic resources, housing, employment and medical services; as well as the increase in depressive symptomatology, anxious symptomatology, hopelessness and the lack of perception of support in social networks.

Keywords: sociodemographic factors; psychosocial factors, substance use; migration; mixed methods

Introducción

La migración de mexicanos hacia Estados Unidos es una situación condicionada por múltiples factores geográficos, históricos, económicos, sociales y políticos. Esta dinámica migratoria se ha visto agudizada por la situación económica que atraviesa México desde los años setenta (Canales, 2012) trayendo como consecuencia la residencia de más de 11.2 millones de mexicanos en Estados Unidos en 2018 (Zong & Batalova, 2018), llegando a ser la población más grande de hispanos (Bustamante et al., 2019).

La experiencia migratoria conlleva múltiples cambios y desequilibrios físicos y emocionales que pueden expresarse en síntomas de angustia, soledad, aislamiento social y estrés, así como trastornos de ansiedad, estado de ánimo y enfermedades psicosomáticas, entre otras. Como menciona Torres López et al. (2014) la experiencia de cruzar la frontera suele ser sumamente estresante tanto física como psicológicamente, principalmente por el riesgo de llegar a experimentar situaciones de violencia, extorsión, deportación, encarcelamiento e incluso la muerte. Durante la estancia surge un proceso de aculturación en el que se presentan cambios conductuales con la finalidad de adaptarse a una nueva cultura y cumplir con las recientes exigencias laborales y sociales. Una de las respuestas conductuales para intentar aliviar ese malestar psicológico y laboral es el uso o incremento del consumo de alguna sustancia psicoactiva de carácter lícito o ilícito (Sánchez-Huesca & Arellanez-Hernández, 2011); si bien, no todos los usuarios inician su consumo de drogas en Estados Unidos, quienes las han usado previamente, incrementan su uso durante la estancia migratoria, principalmente de cocaína, crack y metanfetaminas que son

psicotrópicos relacionados a una mayor productividad laboral (Borges et al., 2007; Sánchez–Huesca & Arellanez–Hernández, 2011).

La posibilidad de cumplir con el “sueño americano” se ve altamente influenciada por las políticas migratorias y la situación económica que este viviendo Estados Unidos. La crisis inmobiliaria resultante del otorgamiento de créditos hipotecarios a personas con baja o nula capacidad de pago desencadenó una crisis financiera en todo el país y afectó a la economía mundial en 2008 (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, 2009) generando desempleo, cierre de empresas y descenso del consumo y la inversión, esto a su vez, influyó en incentivar el desarrollo de políticas migratorias haciendo ver a los migrantes como una amenaza para el crecimiento económico, para justificar el desinterés hacia el pago de su manutención. Con el objetivo de desmoralizar a los mismos, algunos medios de comunicación desacreditaron a los migrantes por no pagar impuestos, estar a expensas del bienestar social, robar empleos y oportunidades para los estadounidenses, así como enviar todos sus ingresos a su país de origen (Valdespino-Morales, 2018).

Durante su campaña presidencial, Barack Obama mostró un interés por favorecer a los migrantes indocumentados en Estados Unidos, al igual que a otros sectores. Como mencionan Solís y García “tras haber asumido el cargo, se alentó la aplicación de una política antimigración incrementando el presupuesto en material de seguridad fronteriza, el reforzamiento físico y virtual de la frontera México-Estados Unidos, la tolerancia en la aprobación de leyes estatales antimigrantes, así como el número de detenciones y deportados” (2017, p. 41). Distinguiéndose este gobierno por una aplicación temprana y agresiva de leyes de deportación, que tuvo como resultado la separación de millones de familias, incluidas las de muchos migrantes que solo tenían condenas penales por hechos

menores o ningún antecedente, según Alarcón et al. (2008) la *U.S Immigration and Customs Enforcement* (ICE) ha señalado que muchas de las personas que han sido deportadas a México, no necesariamente son criminales, pudieron haber sido afectadas por no asistir a una cita con un juez de inmigración o por estar trabajando de manera indocumentada en una empresa en la que se realizó la redada. En 2010 se aprobó la Ley Arizona, una de las leyes más restrictivas cuyas prohibiciones eran buscar trabajo si no se tiene permiso federal para trabajar y autorizar a la policía a detener a los migrantes de los que se sospecha han entrado de manera ilegal (Solís & García, n.d.). En 2012, el gobierno de Obama creó un programa que otorgó a las personas que llegaron a Estados Unidos durante la infancia un estatus legal temporal, conocido como Prórroga de Procedimientos Migratorios para Personas Llegadas en la Infancia (DACA, por sus siglas en inglés [Deferred Action for Childhood Arrivals]). Dos años después se intentó extender la protección temporaria a algunos padres de ciudadanos estadounidenses, iniciativa que fue frenada por la justicia. Ambas iniciativas, trajeron como consecuencia la disminución de detenciones y deportaciones (Human Rights Watch, 2017). No obstante, las políticas de migración implementadas en los últimos años, durante los dos periodos de la presidencia de Obama, produjeron niveles históricos de deportación con un aproximado de 3.06 millones de migrantes, en comparación con el periodo de W. Bush, donde se deportaron 2.01 millones de migrantes (Nowrasteh, 2019).

Desde el primer mes del gobierno de Trump se ampliaron las categorías por las que un indocumentado puede ser deportado, se aumentó la capacidad para que los agentes puedan actuar contra los migrantes sin papeles (Moreno & Armendares, 2019), afectado así a personas que vivieron durante décadas en Estados Unidos, a menudo sin condenas penales

o que solo tienen antecedentes de infracciones migratorias, de tránsito o relacionadas con drogas (Human Rights Watch, 2017).

Tijuana, Matamoros, Reynosa, Nuevo Laredo, Ciudad Acuña, San Luis Río Colorado, Mexicali, Ciudad Juárez y Nogales son las principales ciudades de espera para miles de personas que son expulsadas de los Estados Unidos como consecuencia de la deportación (SEGOB, 2020; Velasco & Coubès, 2013). Según la Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México, en el primer trimestre de enero a marzo del 2020 se observó una mayor deportación de personas originarias de los estados de Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán que actualmente residen en México. La mayoría de estos son hombres (87.5%), de 18 años en adelante, con un promedio de 30 años (Velasco & Coubès, 2013), con una escolaridad de nivel básico a medio superior en México, con una experiencia laboral principalmente en el campo y en la construcción (Peña Muñoz, 2015). El 63.2% de los deportados en este primer trimestre presentan un grado de marginación muy bajo a bajo, el 12.3% un grado medio y el 24.5% un grado alto o muy alto (SEGOB, 2020).

Con la finalidad de realizar una deportación más humana, ágil y segura, como parte del procedimiento de repatriación al interior de México (PRIM) se comenzó a transportar desde el 2020 vía aérea a las personas deportadas para mejorar las condiciones de seguridad y evitar que estén expuestos a la violencia que se vive en la frontera norte, adicionalmente, reducir la probabilidad de que sean víctimas del tráfico humano u otros crímenes (Department of Homeland Security, 2020). Al finalizar el 2020 el número total de deportaciones fue 184 423, concentrándose la mayoría de los repatriados en los estados fronterizos como Baja California, Tamaulipas, Sonora, Coahuila, Chihuahua, por su parte,

la Ciudad de México recibió a 7 739 de migrantes (Martínez Caballero, 2020), independientemente de la pandemia causada por el coronavirus, las deportaciones no cedieron y en el mes de abril se reanudaron. A raíz del aumento observado desde el 2017 de las deportaciones hacia la Ciudad de México (SEGOB, 2020), se ha comenzado a formar una comunidad alrededor del Monumento a la Revolución, en la colonia Tabacalera, recientemente apodada “Little LA” en la Ciudad de México donde habitan las personas que deportaron de California, Texas, Colorado e Illinois (Corchado, 2018).

La deportación constituye una experiencia traumática que trae consigo muchas consecuencias a la salud (Pinedo et al., 2018), ya que supone altos niveles de estrés e incertidumbre, implica estar sujeto a un proceso judicial acudir a audiencias, solicitar y pagar por asesoría legal profesional, y ser retenido y trasladado de un centro de detención a otro hasta finalmente ser expulsado del país (Niño Coronado, 2018). Estudios muestran una elevada prevalencia de síntomas depresivos y problemas de salud mental en los migrantes deportados en comparación con el resto de la población (Bojorquez et al., 2014). Algunas de las personas que han sido deportadas refieren maltrato por parte de las autoridades estadounidenses durante la persecución y hasta la detención (SEGOB, 2020).

La categoría social de “deportado” se vincula con problemas de seguridad pública como crimen y drogadicción (Albicker & Velasco, 2016). Esto implica asumir e introyectar dicho estigma, vivir bajo esta condición implica la recomposición de sus lazos sociales, la ausencia de posibilidades para acceder a un empleo, la perpetuación de la adicción al alcohol y a las drogas y la experiencia sistemática de abusos perpetrados por la Policía Municipal (Albicker, 2014). Tanto hombres como mujeres que han sido deportados experimentan emociones intensas y dolorosas, tristeza, miedo, culpa, hostilidad, fatiga,

irritabilidad o estrés, interfiriendo estas en su capacidad para resolver problemas y su juicio, haciéndolos vulnerables ante experiencias abusivas (Rodríguez-Montejano et al., 2015).

Estudios con pacientes en tratamiento por desórdenes de uso de drogas en México han identificado que aquellos que han tenido una experiencia migratoria consumen una mayor cantidad y variedad de drogas que pacientes sin una experiencia migratoria (Sánchez-Huesca & Arellanez-Hernández, 2011), algunas investigaciones han sugerido que los migrantes pueden iniciar o aumentar el uso de sustancias psicoactivas después de la deportación y mientras están varados en la región fronteriza (Bojorquez et al., 2014; Borges et al., 2009; Ojeda et al., 2011; Zhang et al., 2019). No existen estadísticas que reflejen la relación entre las personas deportadas que residen en la Ciudad de México y el incremento en su consumo de sustancias psicoactivas. Como se ha observado en las nueve principales ciudades fronterizas donde llegan los deportados (Velasco & Coubès, 2013). Debido al desconocimiento de la prevalencia, no se considera un problema de salud pública y no existe literatura que aborde este tópico a raíz del aumento en las deportaciones hacia la Ciudad de México (Corchado, 2018). En adición, esta población necesita ser estudiada porque podrían generar nuevos mercados de consumo (Comisión Europea, 2018) y no cuentan con servicios médicos que les provean un tratamiento farmacológico y psicológico (SEGOB, 2020).

La presente investigación, desea describir los factores sociodemográficos y psicosociales, así como los patrones de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, inhalantes, benzodiazepinas, alucinógenos y opiáceos en mexicanos que vivieron en Estados Unidos y

actualmente residen en la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM) mediante un método de investigación mixta.

Marco teórico

En Búsqueda Del Sueño Americano

Antecedentes en la Migración de México a Estados Unidos

La migración de mexicanos hacia Estados Unidos es un fenómeno que data del siglo XIX al establecerse una división fronteriza entre Estados Unidos y México, como resultado de la firma del Tratado de Guadalupe Hidalgo, en donde las personas tuvieron que decidir entre vivir en los nuevos terrenos del territorio estadounidense o mudarse a tierras mexicanas (Ayvar Campos & Arévalos, 2014). Han existido diversos momentos históricos entre ambos países que han influido en los flujos migratorios, dentro de los que destacan: la Revolución Mexicana, las Guerras Mundiales, la Gran Depresión aunado al desarrollo del Programa Bracero, las crisis económicas de 1982 y 1994, el atentado a las Torres Gemelas, así como la crisis económica del 2008.

Ante la ilusión de un México sin guerras, parálisis económica, desigualdades e inestabilidad política y social, entre 1910 y 1926 el volumen de migrantes en Estados Unidos incrementó por las facilidades que dicho país ofrecía a los trabajadores mexicanos con su creciente economía principalmente en los estados de California y Texas (Gutmann et al., 2000; Yankelevich, 2012). Este movimiento llevado a cabo principalmente por hombres, caracterizado por realizar trabajos temporales y requerir en algunas ocasiones el esfuerzo de todos los miembros de la familia, representó a 1% de la población mexicana, mostrando un aumento de 73,000 a 136,000 migrantes mexicanos en el país vecino (Ayvar Campos & Arévalos, 2014). Como efecto más notable el número de nacimientos en Estados

Unidos en 1920 se acrecentó, mostrando tasas de natalidad superiores a México. Entre las personas que migraron en la Revolución Mexicana y sus hijos nacidos en Estados Unidos formaban un total de 486,000 personas, incrementando la población a 25% (Gutmann et al., 2000). Si bien, se presentaba un aumento de migrantes después de la Revolución Mexicana, muy pocos eran quienes radicaban en el país, Andrés Landa y Piña entre 1908 y 1928 mencionó que de 37 mil mexicanos que migraban solo 5 de ellos tenían el propósito de establecerse (Yankelevich, 2012).

A raíz de la Primera Guerra Mundial, 4.1 millones de personas de todas las nacionalidades migraron a Estados Unidos y fueron descendiendo en la década siguiente a 0.52 millones (Verduzco, 2000). Independientemente del flujo migratorio que se estableció por los trabajadores mexicanos, se comenzaron a crear campañas en su contra entre la sociedad estadounidense, ello debido a la crisis económica por la que atravesaba la unión americana, influyendo en la deportación de gran cantidad de mexicanos entre 1920 y 1922, al igual que la creación de la patrulla fronteriza en 1924 (Ayvar Campos & Arévalos, 2014). No obstante, la continua demanda de mano de obra barata en las industrias y la agricultura por parte de los estadounidenses, propició la migración y la repatriación de algunos mexicanos a algunos centros urbanos como Los Ángeles, San Antonio, Detroit y Chicago (Ayvar Campos & Arévalos, 2014). Empero, no disminuyó la actitud hostil y molestia por parte de los estadounidenses hacia los migrantes. Como menciona Ayvar Campos y Arévalos (2014), se les culpabilizaba a estos por quitar trabajos y vivir a costa de la asistencia pública, propiciando la discriminación de esta población en las escuelas y espacios públicos.

Después de la Segunda Guerra Mundial, continuaba la preocupación por incrementar la mano de obra en el sector agrícola, por lo que se generó un acuerdo entre Estados Unidos y

México en 1942, llamado Programa Bracero, con la finalidad de contratar legalmente a trabajadores para llevar a cabo las actividades en el campo como recolectores y estibadores en granjas (Ayvar Campos & Arévalos, 2014; Verduzco, 2000). Desde la implementación de este programa, la contratación comenzó a depender de programas oficiales de carácter bilateral, en donde México contaría con la mano de obra y Estados Unidos la pagaría; a su vez, se desarrolló un carácter temporal, lo que quiere decir que, los trabajadores iban y regresaban al país de origen pudiendo acceder a mayores recursos económico. Según Durand (2007), el Programa Bracero, durante 22 años marcó un antecedente en la migración entre Estados Unidos y México, modificando el patrón migratorio dejando de ser familiar, con una dudosa situación legal, para convertirse en un proceso dentro de la ley, mayoritariamente con trabajadores masculinos, de origen rural y orientado al trabajo agrícola. Verduzco (2000) menciona que la incapacidad de disminuir el flujo de 5 millones de personas indocumentadas creó inconformidad tanto en las autoridades como en el resto de la población, generando como consecuencia negativa un tinte de semi- esclavitud por trabajar en espacios inadecuados en jornadas laborales muy amplias y violaciones recurrentes al contrato laboral. Tras la finalización del Programa Bracero en 1964, continuó notablemente la inmigración indocumentada de México, tomando una mayor visibilidad como uno de los principales emisores de migrantes, pasando a ser 5% de la población total de los Estados Unidos entre 1900 y 1970 (Verduzco, 2000), sin superar a los inmigrantes europeos de Alemania e Italia y a los canadienses (Olvera, 2012).

En los años setenta se comenzó a observar que, los migrantes mexicanos no procedían de todos los estados del país, sino de Guanajuato, Jalisco, Zacatecas, Michoacán y San Luis Potosí (Corona Vázquez, 1993). Aquellas personas indocumentadas cruzaban la frontera con ayuda de un intermediario llamado “coyote” o “pollero” quien, poseía papeles para

poder trabajar en el país y evitaba que se le inspeccionara al ingresar a Estados Unidos por alguna de las fronteras de Tijuana, Reynosa, Nuevo Laredo y Ciudad Juárez, para que después se pudieran establecer en los estados de California, Texas, Arizona, Nuevo México e Indiana (Corona Vázquez, 1993; Figueroa Hernández et al., 2015). El perfil migratorio de esa época fue el hombre soltero joven, entre 15 a 45 años, que procedía de zonas rurales, con escolaridad baja y con empleo en el sector agrícola, manufacturero y otras actividades de carácter urbano que requieren esfuerzo físico, sin tantas variaciones en la demanda, con la intención de quedarse a vivir durante cuatro a ocho meses en el país (Figueroa-Hernández et al., 2015; Figueroa Hernández & Pérez Soto, 2011). Corona Vázquez en 1993 precisó que independientemente de que fueran en su mayoría solteros, sólo una menor proporción no tenía la obligación de mantener a los familiares en México, ya que, casi todos enviaban dinero al país, incrementando así el ingreso anual para México. Dicho dinero era utilizado para gastos domésticos, liquidar deudas contraídas para efectuar el viaje y en algunos casos poner un negocio (Corona Vázquez, 1993).

En la década de los ochenta del siglo XX, México se convirtió en el principal emisor de migrantes hacia Estados Unidos seguido de Alemania (Olvera, 2012), a causa de la crisis económica que estaba viviendo el país por la caída de los precios en el petróleo y el pago de la deuda externa, en donde se presentó una caída de la inversión privada por la devaluación de la moneda, impactando fuertemente al mercado laboral con el aumento en el desempleo, la disminución en el salario para los trabajadores industriales y el incremento en la desigualdad entre pobres y ricos (Camberos Castro & Bracamontes Nevárez, 2015). Figueroa Hernández y Pérez Soto comentan que la pérdida de población mexicana por la migración fue entre 2.1 a 2.6 millones de personas para cumplir con la continua demanda de mano de obra en el país vecino. Lo cual resultó en el incremento en los gastos para el

cruce por factores como: el transporte, la estancia en la frontera antes de este y el pago a los “polleros” o “coyotes” (Corona Vázquez, 1993).

A raíz del aumento de inmigrantes no documentados, el Congreso aprobó la ley de Reforma y Control de Inmigración (IRCA por sus siglas en inglés) en 1986, para frenar la migración a Estados Unidos a través de la regularización de las personas indocumentadas hasta el primero de enero de 1982, otorgando estatus legal a un aproximado de 3 millones de migrantes no autorizados. Adicionalmente, se aprobó la legalización de un tipo de trabajador especial para la agricultura a través de la implementación de un formulario específico al momento de la contratación. Asimismo, se dio visto bueno a un aumento en el presupuesto para el Servicio de Inmigración y Naturalización, así como para la Patrulla Fronteriza en la mejora a las labores en la detección de migrantes no documentados en la frontera; así también, se comenzaron a implementar sanciones para aquellos que contrataran indocumentados (Corona Vázquez, 1993; Figueroa Hernández & Pérez Soto, 2011; Verduzco, 2000). Durante de esta década, el principal destino de los migrantes fue el estado de California, desarrollando además de actividades agrícolas e industriales, así como el trabajo en el comercio, las comunicaciones y el transporte (Corona Vázquez, 1993). El perfil migratorio se vio modificado por una mayor participación de las mujeres con edades similares a los hombres, modificando el patrón de migración de tener estancias temporales, prolongándolo, hasta hacerlo permanente (Corona Vázquez, 1993; Verduzco, 2000).

Al finalizar estos 10 años, parecía que la economía se comenzaba a recuperar y en enero de 1994, con el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), se tenía el compromiso de disminuir las barreras en el comercio entre México, Estados Unidos y Canadá, siendo este uno de los esfuerzos para la modernización de la economía desde la crisis de 1982 (Muñoz, 1998). Este acuerdo se veía prometedor hasta que, días después la

economía colapsó y el peso mexicano se devaluó hasta caer nuevamente en otra crisis económica (Correa, 2010; Figueroa Hernández & Pérez Soto, 2011; Muñoz, 1998). Un año después, México se enfrentó a la depreciación del peso, el desempleo de 7% de la población y el repunte de la inflación (Figueroa Hernández & Pérez Soto, 2011). Esta crisis estimuló los flujos migratorios, durante 1995-2000. En este sentido, anualmente 260 mil migrantes mexicanos cruzaron la frontera de los cuales, únicamente 52 mil personas regresaron a México tras haber estado en Estados Unidos (Figueroa Hernández & Pérez Soto, 2011). Aunado a esto, la elevada migración mantuvo a la población mexicana al pendiente de las remesas.

Como se puede observar, el volumen de la migración siguió siendo mayor década tras década, presentando una mayor diversificación en los años noventa con los migrantes de zonas urbanas además de las regiones tradicionales de origen rural; adicionalmente, hubo un incremento considerable en la proporción de mujeres que migraban (Verduzco, 2000). Respecto a la escolaridad en 1994, 63% de estos migrantes contaba con un promedio de 7 años de escolaridad, en comparación con Estados Unidos que registraba niveles promedio de 16 años, influyendo directamente en el sector laboral para el cual los migrantes estaban capacitados en insertarse, como fue el sector primario con una baja remuneración al tener bajos niveles de escolaridad; no obstante, la diversificación en la migración fue incrementando la posibilidad de trabajar en sectores secundarios y terciarios (Figueroa Hernández & Pérez Soto, 2011). La mayor calidad de vida en Estados Unidos tuvo como efecto más visible en la inmigración, el nacimiento de su descendencia. Durante 1999, las mujeres nacidas en México y las mujeres estadounidenses de origen mexicano tuvieron 616 mil nacimientos en ese año, contribuyendo con 14.6% en la tasa de natalidad en el país vecino (Olvera, 2012).

Independientemente de las medidas implementadas por el gobierno mexicano para impulsar la recuperación tras la crisis a través del aumento en el empleo y la reducción de la inflación, no se logró disminuir el flujo de migrantes, destacando como principales motivos de migración en el 2000 las siguientes situaciones: 1.- La insuficiente dinámica de la economía nacional para absorber el excedente de fuerza de trabajo, 2.- La demanda de labores en diversos sectores en Estados Unidos, 3.- La reunificación familiar, 4.- La migración por tradición y la diferencia salarial entre ambas economías (Tuirán, 2000). Velázquez García en 2013 mencionó que un trabajador en México recibía un equivalente a \$3.34 dólares diarios, mientras que en el país vecino podía ganar \$5.15 dólares por hora.

En ese mismo año se percibió una diversificación en las entidades que migraron, sobresaliendo los municipios de Aguascalientes, Zacatecas, Jalisco, Michoacán, Durango y Guanajuato e incorporando los estados de Puebla, Hidalgo, Estado de México, Ciudad de México y Morelos, para residir en su mayoría en los estados de California, Texas, Illinois, Arizona, Colorado, Florida, Nuevo México, Washington, Nevada, Georgia, Nueva York y Carolina del Norte (Velázquez García, 2013). En el estado de California se observó una mayor concentración en los condados de Los Ángeles, Santa Ana, San Fernando Valley y Ventura County (Pérez Soria, 2017). Dentro del perfil migratorio, el autor Velázquez García (2013) continua observando una mayor participación de las mujeres en los flujos migratorios. Al igual que los hombres, la edad promedio es de 28 a 31 años.

Adicionalmente, se observa que tanto hombres como mujeres tuvieron una menor propensión de regresar a su país de origen en un periodo corto y desarrollaron un interés por establecerse de manera definitiva ya que, 47% de esta población está casada con cónyuge que reside en el mismo Estados Unidos (Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), 2007; Velázquez García, 2013). Con el objetivo de poseer un esquema

legal en los flujos migratorios, en febrero de 2001 los entonces presidentes de México y Estados Unidos, Vicente Fox y George W. Bush, respectivamente, crearon un programa de visas dirigido a trabajadores temporales, así como la regularización de la situación migratoria de los mexicanos indocumentados a través del incremento de visas de residencia (Velázquez García, 2013).

Se observaba un panorama prometedor hasta que el 11 de septiembre del 2001, un atentado terrorista fue ocasionado por la red yihadista Al Qaeda al secuestrar aviones turísticos con pasajeros e impactarlos hacia las Torres Gemelas del *World Trade Center* en Nueva York causando la muerte de 2996 personas y 25 mil heridos y dejando ver el escaso sistema de seguridad que poseía el país (Comisión Nacional de Investigación, 2005; Velázquez García, 2013). Las acciones que se tomaron para reforzar la seguridad implicaron un mayor control de las instancias federales como la CIA y el FBI para identificar redes terroristas en cualquier lugar del mundo y el reforzamiento de las fronteras. A su vez, la emisión de visas se vio afectadas por los atentados (Velázquez García, 2013).

Entre 2003 y 2005 hubo ciertas modificaciones en ciertas políticas inmigratorias para incrementar la seguridad. En 2003 se creó el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de Estados Unidos (ICE por sus siglas en inglés) con la finalidad de hacer cumplir las leyes de inmigración y proteger a Estados Unidos de dichos ataques. Mientras que, 2005 fue el año en el que se aprobó el Proyecto de Ley HR4447 en donde, se criminaliza a las personas que ingresan y permanecen de manera indocumentada a Estados Unidos, aunado a la incapacidad de conseguir una visa de trabajo temporal. En adición, se menciona que aquella persona que ayude a alguna persona indocumentada a permanecer o ingresar al país deberá de ser sancionado. En estos años las reacciones de miedo y desprecio no solo fueron

recibidas por las personas de origen árabe, sino también los migrantes mexicanos se volvieron blanco de discriminación y xenofobia, incrementando las deportaciones de los inmigrantes con antecedentes criminales con el objetivo de limpiar la población de personas que pudieran ser potenciales terroristas y criminales (Velázquez García, 2013).

Después del ataque terrorista a las Torres Gemelas, se generó un clima de incertidumbre en los estadounidenses donde estos, prefirieron ahorrar su dinero en caso de que se llegase a aproximar alguna otra tragedia generando un bajo consumo (Zurita González et al., 2009). Con el propósito de impulsar y sostener un crecimiento económico, el Banco de la Reserva Federal mantuvo bajas tasas de interés, a la par de la disminución de requisitos al conceder préstamos por parte de los bancos; otorgando así, un número desmesurado de créditos hipotecarios, muchos de estos a personas endeudadas, sin ingresos y sin empleo con un alto riesgo de incumplir con los pagos. Todos estos créditos fueron agrupados en un solo activo individual y fueron vendidos a la bolsa de valores y a intermediarios financieros en Europa y Asia (De la Luz Juárez et al., 2014; Zurita González et al., 2009). La caída en el precio de las viviendas generó una crisis hipotecaria que desembocó en la disminución del Producto Interno Bruto, una menor producción industrial, los empleos se volvieron más inestables y precarios, comprimiendo salarios y remplazando otros por nuevas tecnologías, resultando nuevamente en una crisis económica en 2007 (Levine, 2015; Zurita González et al., 2009). Durante 2008 la crisis financiera empeoró, siendo una de las mayores después de la Gran Depresión, afectando fuertemente a las instituciones financieras de Estados Unidos y Europa (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, 2009).

La economía mexicana no se libró y entre noviembre y diciembre de 2008, hubo una disminución en las exportaciones, las remesas y la pérdida de empleos en la producción

manufacturera, principalmente en el norte del país en los estados de Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Sonora, debido a que reflejan una mayor vinculación con el país vecino (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, 2009; Zurita González et al., 2009).

Adicionalmente, el flujo migratorio hacia Estados Unidos se redujo drásticamente entre 2007 y 2009 por la perspectiva de una menor posibilidad de encontrar empleo. De 6.2 millones de empleos que se perdieron en esos años, los latinos representaron un 14% equivalente a 863,800 puestos en la construcción, manufactura, agricultura y servicios de limpieza, teniendo como principal desventaja la falta de manejo de inglés, bajo nivel de escolaridad y estatus migratorio para conseguir empleos más estables y mejores remunerados (Levine, 2015). El ingreso de migrantes durante este periodo se redujo por una mayor dificultad para cruzar la frontera, el incremento en los precios del “coyote” o “pollero”, el aumento en las deportaciones, aunado a la pérdida de empleo que orilló a ciertos mexicanos a regresar a su país de origen y a otros que prefirieron no regresar, ya que la tasa de desempleo también era elevada. Fue así como los paisanos evitaron ir continuamente a México y prefirieron la permanencia prolongada en sus lugares de destino, propiciando la movilidad de los familiares para una reunificación familiar e incrementaron el número de nacimientos de inmigrantes mexicanos asentados en Estados Unidos (Levine, 2015; Montoya Ortiz & González Becerril, 2015).

Reformas migratorias de Barack Obama y Donald Trump

Durante sus dos administraciones, el presidente Barack Obama estuvo a favor de la inclusión de las minorías, dentro de estas los migrantes (Valdespino Morales, 2018). En el segundo periodo que comprendió de 2013 a 2017, se impulsó la reforma migratoria que buscaba regularizar la situación de los migrantes indocumentados proporcionando igualdad

en el ámbito académico para que estos pudieran conseguir una residencia temporal tras finalizar sus estudios a través de la Ley Dream (Valdespino Morales, 2018). La Acción Diferida para los Llegados en la Infancia (DACA, por sus siglas en inglés) es una política migratoria que apoyó entre 750 a 800 mil *dreamers* o jóvenes que llegaron a Estados Unidos en la infancia (menores a 15 años) y que radican en el país de manera ilegal, otorgándoles permiso temporal de trabajo, número de seguro social, identificación del estado, licencia para conducir y seguro médico (Quesada, 2018; Valdespino Morales, 2018; Vila Freyer, 2020). Además de aumentar el número de visas aprobadas, implantar un sistema de puntos que servirían al momento de solicitar la residencia y disminuir las redadas y deportaciones masivas que violaran los derechos de los migrantes (Valdespino Morales, 2018).

Sonaba prometedor, sin embargo, los estragos del atentado a las Torres Gemelas influyeron en las propuestas durante su presidencia para incrementar la seguridad fronteriza, viendo a los inmigrantes como una amenaza a la seguridad del país y contribuyendo en la restricción de ciertas políticas migratorias (Candia, 2019; Quesada, 2018). Las políticas migratorias de Obama representaron un avance a la migración mostrando un interés por los derechos humanos de estos, resaltando su labor para la vida de los estadounidenses. Empero, el deseo de los ciudadanos americanos influyó en el endurecimiento de las leyes y en el periodo de 2009 a 2014, se deportaron 2.4 millones de indocumentados (Valdespino Morales, 2018), de estos gran parte no eran personas que pudieran amenazar la seguridad nacional. Tan solo en 2013, el año con mayores deportaciones en esa administración, se expulsaron 435,000 personas, de las cuales 237,000 no tenían antecedentes penales (González Barrera & Krigstad, 2016). En adición, el Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos (DHS por sus siglas en inglés)

mostró un aumento significativo en las deportaciones y una disminución de los retornos durante las dos administraciones, en comparación con los años posteriores a la crisis de 1994 y al atentado a las Torres Gemelas cuando se presenciaron mayores retornos que deportaciones (Department of Homeland Security, 2019).

Al finalizar la presidencia de Barack Obama el 23 de enero del 2017 inició el gobierno de Donald Trump fundamentándose en un discurso xenófobo y antinmigrante, haciendo ver a los mexicanos indocumentados como personas problemáticas que amenazan al bienestar económico de los trabajadores de Estados Unidos, a los sistemas de seguridad, salud y educación, además de incrementar el riesgo de consumo de drogas, ataques terroristas y tráfico de personas (Gómez Charry, 2020; Morgenfeld, 2016; Vereá Campos, 2018; Vestri, 2020).

Teniendo como propuestas para la disminución de la migración: la negociación o cancelación del Tratado de Libre Comercio (TLCAN), la aplicación de impuestos sobre las remesas que envían los migrantes a su país de origen, el impedimento de validar los derechos de los migrantes y desmotivar su asentamiento, el aumento en los centros de detención a lo largo de la frontera, la aceleración de procesos de deportación en personas detenidas, el reforzamiento de la seguridad de la frontera nacional retomando la Reforma de Inmigración Ilegal y la Ley de Responsabilidad de Inmigrantes de 1996 y la propuesta de George W. Bush para poder deportar un aproximado de 3 millones de personas indocumentadas durante su legislatura (González Barrera & Krigstad, 2016; Niño Coronado, 2018; Vestri, 2020). Con respecto al cruce irregular a Estados Unidos vía terrestre, donde supuestamente se atenta contra la seguridad de los americanos por su incremento, la Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México (EMIF norte) registró niveles bajos, pasando de 682 mil inmigrantes en 2007 a 25 mil en 2016. Durante

ese mismo año algunos migrantes ingresaron a Estados Unidos con una visa de turista, la mayoría de estos ingresaron vía aérea, por lo que la propuesta para continuar la construcción de la frontera terrestre era innecesaria. Aunado a esto, la percepción de que la mayoría de las deportaciones son de criminales es una idea errónea, se deporta a personas a las que se les denunció su situación migratoria, se les realizó una inspección policiaca rutinaria, han cometido delitos menores como conducir sin licencia o bajo la influencia de alguna sustancia psicoactiva. Las personas con detenciones ocasionadas por infracciones de tránsito son originarias principalmente de los estados de Hidalgo, Ciudad de México, Morelos, Puebla, Querétaro, Tlaxcala, Campeche, Chiapas, Tabasco, Veracruz y Yucatán. Adicionalmente las otras aprehensiones sucedieron cruzando la calle, estando en su casa, en el trabajo o cruzando la garita y regresándolas a las regiones usuales de México como Tijuana, Mexicali, Piedras Negras, Nuevo Laredo, Matamoros, Nogales y Ciudad Juárez e incorporando a la Ciudad de México desde 2016 (El Colegio de la Frontera Norte, 2019; Garcini et al., 2017; Guerrero Ortiz & Jaramillo Cardona, 2015).

2019 fue el año en el que se registraron mayores detenciones desde 2007 con 852,000 de las cuales 474,000 fueron de familias completas, situación poco observada previamente; también, incrementaron las aprehensiones a un gran número de personas en un determinado espacio, generado así una mayor visibilidad y miedo (Muzaffar & Pierce, 2020; Watson, 2021). Empero, no se reportaron cifras mayores en las repatriaciones a México, en comparación con los años posteriores a los atentados terroristas y a la crisis de 2008. Tan solo en 2012 y 2014, durante el gobierno de Obama, se obtuvieron respectivamente 415,000 y 405,620 repatriaciones a México, mientras que en el 2019 fueron 267,258 repatriaciones (Gramlich, 2020). Al concluir la administración de Trump, no se logró

deportar la cantidad de migrantes que se esperaba, pero su política de tolerancia cero generó la separación de familias (Muzaffar & Pierce, 2020; Niño Coronado, 2018).

Flujo Migratorio México- Estados Unidos 2020

La Encuesta sobre Migración en 2020 cuya finalidad es estimar las características de los migrantes y los flujos migratorios, realizó un muestreo estratificado clasificando con base en el lugar de procedencia y la vía de desplazamiento de los migrantes, en los siguientes estratos: migrantes procedentes de la frontera norte de México, migrantes procedentes de Estados Unidos vía terrestre, migrantes procedentes de Estados Unidos vía aérea y repatriados por las autoridades migratorias de Estados Unidos. Con base en los datos recabados, en el trimestre de octubre a diciembre de dicho año, 76% mostró documentos para cruzar la frontera como visa de turista o estudiante, mientras que 24% no. De las personas indocumentadas 58.2% contrataron a un “coyote” costándoles 5,000 dólares aproximadamente para cruzar. El perfil migratorio fueron hombre y mujeres mexicanos entre 30 a 49 años provenientes de la Ciudad de México, Morelos, Estado de México, Hidalgo, Puebla, Querétaro y Tlaxcala, que poseen trabajos en Estados Unidos en los tres principales sectores: servicios, comercio y construcción. Dentro de los factores de migración destacan el trabajar para tener un mayor ingreso y reunirse con familiares o amigos.

La mayoría de las personas repatriadas en 2020 a México son del occidente del país de las regiones de Nayarit, Jalisco, Colima y Michoacán, hombres y mujeres con edades entre los 18 y 49 años, que residieron en el país vecino durante 5 a más de 20 años, teniendo como principales motivos de retorno vivir o trabajar en México en un negocio propio, visitar familiares o amigos, ser deportado por el Servicio de Inmigración y Control de

Aduanas de Estados Unidos (ICE por sus siglas en inglés) y muy pocos refieren por motivos de salud. Más de la mitad tuvieron un retorno forzado comentando que no tienen miedo de regresar a México, en contraste, aquellos que temen retornar perciben el ambiente como inseguro y violento; además de sentirse forzados a separarse de su pareja o hijos menores que se quedaron en el país vecino (aproximadamente 26.5%). Menos del 10% recibió apoyo del gobierno y cuentan con servicios de salud en México, se encuentran preocupados o angustiados por no tener que comer ya que no les alcanza para pagar la canasta básica mexicana y muy pocos son aquellos que poseen trabajo (El Colegio de la Frontera Norte, 2020).

Huellas psicológicas del proceso migratorio

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) “la migración es un cambio de residencia que implica el traspaso de algún límite geográfico” (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2008). La migración se clasifica en: internacional y la nacional; forzada y voluntaria; temporal y definitiva. En la primera clasificación, la migración internacional sucede cuando se cruza la frontera del país donde se encuentra el migrante, mientras que la nacional es cuando hay una movilización dentro del mismo país. La segunda clasificación refiere a si la persona desea hacer ese cambio de residencia por decisión propia o se ve orillada por factores externos que amenazan la vida de los migrantes como crisis políticas, económicas, ambientales, entre otras. Finalmente, la migración se puede realizar temporalmente cuando se migra durante un determinado periodo o de manera permanente (Kallio, 2016; Martínez Pizarro, 2019). El proceso migratorio cuenta con cinco fases (Zimmerman et al., 2011), estas fases no son mutuamente excluyentes y no se realizan de manera lineal, los migrantes no siempre atraviesan por

todas las fases, pueden omitir alguna de éstas en su propio proceso migratorio, así como entrar y salir en la misma fase dependiendo de su historia de migración (Martinez-Donate et al., 2015).

La primera fase se presenta previa a la salida del país, los migrantes pueden presentar miedo, ansiedad y hambre. Aquella persona que se ve forzada a migrar a raíz de haber experimentado un evento traumático puede presentar afectaciones a su salud física y mental durante todo el proceso migratorio (Jurado et al., 2017; Zimmerman et al., 2011). La segunda fase es la de viaje, este es el periodo en el que el individuo se encuentra entre el país de origen y el de destino, la vía de transporte y las circunstancias durante el viaje presentan una fuerte influencia sobre la salud, en este momento se suelen presentar los cruces fronterizos ilegales y los migrantes llegan a presenciar actos delictivos como secuestro y violencia sexual, los migrantes pueden llegar a sentir pena, tristeza y miedo, así como separación de la familia y el colapso de los soportes sociales (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2009). En la tercera fase las personas se establecen de forma temporal o prolongada en la ubicación prevista, ciertos migrantes llegan a presentar discriminación y segregación, aumentando el riesgo de padecer estrés aculturativo, síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, cefalea, migraña, entre otras afecciones (Gómez Ayala, 2015; Martínez Pizarro, 2019). En la fase cuatro de intercepción, se presentan situaciones de detención temporal, se ha observado que los centros de detención de migrantes tiene efectos negativos sobre la salud mental y física debido a los abusos a los derechos humanos (Del Ángel et al., 2012). Por último, la fase de retorno se caracteriza porque los individuos regresan a su lugar de origen, aquí se exponen problemas de diversa índole a causa de los altos niveles de angustia, ya que las practicas que se relacionan con la repatriación no siempre se adhieren a los derechos humanos, se les

estigmatiza y criminaliza (Albicker & Velasco, 2016), Cabe destacar que, se ha observado que los mexicanos que retornan presentan enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, alguna enfermedad de transmisión sexual o algún trastorno mental (Romo-Martínez et al., 2018).

La migración es vista como aquella situación de cambio que da a lugar a una serie de beneficios resultantes del acceso a nuevas oportunidades, pero también a numerosas dificultades que podrían acarrear un duelo (Achotegui, 2000, 2009). No es la causante de un trastorno mental en sí, sino una determinante social de la salud que puede presentar alteraciones en la salud, siempre y cuando, se presenten como factores de riesgo el padecimiento de enfermedades, la presencia de un ambiente hostil en el lugar de acogida, además de otros factores biopsicosociales (Achotegui, 2009; Martínez Pizarro, 2019).

Durante las diversas fases del proceso migratorio, los migrantes se ven orillados a enfrentar diversos estresores ligados con sus características sociodemográficas y psicosociales, a través de una revisión sistemática se observó que las mujeres que están en la fase de tránsito tienen un mayor riesgo de presentar alguna enfermedad mental en comparación con los hombres en la misma fase del proceso migratorio (Jurado et al., 2017). En adición, Bojorquez et al. (2014) identificaron que existe más riesgo de padecer un trastorno mental en mujeres que fueron deportadas en comparación con hombres. La edad también representa un factor de riesgo, tanto personas menores de 30 años como mayores de 40 años están asociadas con padecer ansiedad, trastorno por consumo de sustancias y depresión (Jurado et al., 2017). Según Jurado et al. (2017) aquellas personas que tienen como estado civil divorciado, separado o viudo reportaron peor salud mental mientras migran comparado con personas solteras o casadas. En contraste, los individuos que son deportados y tienen a su pareja en Estados Unidos tienen un mayor riesgo de

desarrollar un trastorno mental en relación con aquellos que su pareja habita en México (Bojorquez et al., 2014).

En adición, haber sufrido eventos traumáticos como guerras, conflictos políticos, ambientales, económicos, sociales en el país de origen pueden influir en el desarrollo de trastornos mentales. A su vez, los migrantes pueden generar altos niveles de ansiedad si poseen un bajo nivel educativo o cuentan con un grado académico superior para realizar únicamente actividades agrícolas en Estados Unidos (Jurado et al., 2017). Como menciona Jurado et al. (2017), la migración involuntaria, el estatus indocumentado, la falta de empleo y la falta de dominio del inglés pueden ser factores de riesgo para desarrollar un trastorno mental.

Las características psicosociales como discriminación, violencia, estigma, dificultad para adaptarse a la cultura del país al que se migra, así como presenciar eventos traumáticos previos a la migración, pueden desarrollar estrés aculturativo, depresión, entre otras afectaciones a la salud mental (Albicker & Velasco, 2016; Zimmerman et al., 2011). En contraste, factores psicológicos como el optimismo, autocontrol, resiliencia y autoestima alta, reducen el riesgo de padecer depresión; así también, la reunificación familiar y la percepción de apoyo social disminuye los efectos negativos de la migración (Jurado et al., 2017).

Como se mencionó, se han identificado alteraciones a la salud mental durante el proceso migratorio, los individuos se enfrentan a un proceso de reorganización de la personalidad resultante de la migración que se define como duelo. Este duelo tiene las características de ser parcial, puesto que, en palabras de Achotegui (2009) “el país no se pierde propiamente para el sujeto y cabe la posibilidad de contactar con él”; es recurrente, ya que cada vez que el migrante viaja a su país de origen o tiene algún contacto con un familiar que se encuentra

en ese país se evocan emociones; presenta un vínculo con la infancia que suele dificultar su adaptación en el país de acogida por el contraste entre las situaciones experimentadas en ambos países; implica varios cambios en la vida del sujeto como la separación de la familia y los seres queridos, la modificación del estatus social, la pérdida de la cultura, los paisajes y la lengua del país de origen, el enfrentamiento a situaciones que pueden poner en riesgo su integridad física durante el proceso migratorio y la falta de contacto con el grupo de pertenencia y riesgo a enfrentar xenofobia y racismo (Achotegui, 2006, 2009). Todas estas características influyen a tal grado que se modifica la identidad de la persona y favorece al afrontamiento del duelo de la migración de una manera adaptativa o que se realice de forma desadaptativa facilitando la aparición de trastornos psicológicos como estrés, ansiedad, depresión y trastorno por consumo de sustancias.

Estrés, ansiedad y depresión en personas migrantes y deportadas

La migración constituye un factor de riesgo cuando se presentan altos niveles de estrés, como se mencionaba, el migrar de manera forzada y alejarse de los familiares de forma inesperada, temer a que la integridad física se encuentre en riesgo durante el viaje migratorio, la ausencia de oportunidades laborales en el país de acogida y el buscar adaptarse a una nueva cultura, genera una situación de crisis que puede desembocar en el desarrollo del síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, también conocido como el síndrome de Ulises (Achotegui, 2009). Los estresores mencionados se ven potenciados por la cronicidad, multiplicidad, intensidad y relevancia, lo que quiere decir, aquellas personas que se enfrentan a diversos estresores con una fuerte intensidad durante un periodo prolongado, tienen un mayor riesgo a padecer este síndrome; adicionalmente, el riesgo incrementa si la persona no cuenta con una red de apoyo social y no posee

estrategias de afrontamiento adaptativas. El síndrome Ulises tiene una sintomatología muy variada que corresponde a diversas áreas de la psicopatología como el área depresiva, de la ansiedad, de la somatización y confusional (Achotegui, 2006). Dentro de la sintomatología del área depresiva los migrantes presentan sentimiento de fracaso, llanto, culpa y posibles ideaciones suicidas. En contraste, en el área de la ansiedad, el migrante tiene preocupaciones recurrentes que le dificultan el dormir, se percibe más tenso e irritable. Dentro de la somatización son más propensos a padecer cefaleas, molestias osteomusculares y en algunos casos abdominales y fatiga. Por último, en el área confusional, se puede presentar fallos a la memoria, dificultad para prestar atención y desorientación.

La adopción progresiva de valores, normas y conductas del país de acogida por parte de los migrantes es denominada como aculturación (Organización Internacional para las Migraciones, 2006). En los migrantes mexicanos, este proceso de adaptación al estilo de vida estadounidense se puede ver dificultado por la sensación de desarraigo y de rechazo hacia su cultura por parte de la sociedad receptora, generando así, un nivel de estrés significativo (Orozco Vargas, 2013). Se ha observado que los migrantes que se enfrentaron a diversos estresores socioculturales, económicos y psicológicos durante el proceso migratorio, destacando el haber experimentado discriminación, maltrato físico, abuso sexual o secuestro, el ser separado de su sostén económico (en el caso de los jóvenes migrantes) y reconocer su estatus de indocumentado, padecen de ansiedad, estrés aculturativo, estrés postraumático, trastorno depresivo mayor e ideaciones suicidas que influye directamente en efectos negativos a su salud física y psicológica, principalmente en aquellos migrantes que han vivido más de diez años en Estados Unidos o que migraron en su juventud y tuvieron la presión de ser los responsables de mejorar la calidad de vida de

los familiares que continuaban viviendo en México (Aguilar Rodríguez et al., 2016; Cardoso, 2018; Finch & Vega, 2003; Lorenzo-Blanco, 2012; Potochnick & Perreira, 2010).

De igual modo, en el retorno al país de origen se presenta un proceso de adaptación a la forma de vida, creencias y tradiciones, el estrés que la persona experimenta dependerá del tipo de retorno que tenga. Las personas que son deportadas pueden presentar un mayor malestar emocional si presenciaron violaciones a sus derechos durante el proceso de deportación, no cuentan con dinero suficiente para subsistir mientras encuentran una fuente de ingreso en México, tienen a su pareja e hijos en Estados Unidos que dependen económicamente de ellos (Wheatley, 2017). Tanto madres como padres durante la repatriación llegan a tener sentimientos de dolor, injusticia, desesperanza, tristeza e inclusive depresión por estar alejados de sus hijos de manera forzada e inesperada, sin poder cumplir con el rol de proveedor por enfrentarse a una nueva situación en México, un país con salarios bajos y desempleo elevado (Rocha et al., 2013; Torre & Rodríguez, 2019). Empero, el reconocer que se tiene depresión suele ser complicado para los hombres, Torre & Rodríguez (2019) comentan que la masculinidad hegemónica orilla a estos a que controlen y no expresen sus emociones, de tal manera que, no sean percibidos como vulnerables.

En contraste, las implicaciones a la salud mental en los niños con algún padre o madre repatriado llega a generar estragos en su desarrollo y afectaciones a su bienestar como altos niveles de estrés, ansiedad, depresión, problemas de sueño y bajas calificaciones (Allen et al., 2015). Así también, los niños que llegan a retornar con sus padres se ven sometidos a niveles significativos de estrés y ansiedad porque tienen que ajustarse a nuevas normas y dinámicas sociales, establecer nuevas relaciones sociales y en ciertos casos, adquirir la

lecto-escritura en español puesto que su idioma principal es el inglés (Hernández-León & Zúñiga, 2016).

La reunificación familiar suele ser complicada, se presentan separaciones que son duraderas e inclusive pueden convertirse en permanentes, en algunos casos las familias de las personas repatriadas los visitan en México, mientras que otros se comunican con sus familiares a través de llamadas telefónicas y videollamadas (Torre & Rodríguez, 2019). Cabe destacar que el contar con redes sociales y percibir de ellas apoyo, por ejemplo, la familia y grupos religiosos, al igual que realizar actividades recreativas saludables como hacer ejercicio y tocar algún instrumento musical, tiene un impacto significativo en la reducción de malestar físico, consumo de sustancias como cocaína, metanfetaminas, opioides, anfetaminas y tranquilizantes, los síntomas de depresión, estrés y ansiedad; así como, un mayor sentido de resiliencia para lidiar con las experiencias pasadas y actuales del proceso migratorio (Cardoso, 2018; Harker, 2001; Lee et al., 2020; Vega et al., 1987).

Consumo de sustancias psicoactivas durante el proceso migratorio

Se ha identificado que el proceso migratorio tiene relación con el consumo de sustancias psicoactivas, algunos autores mencionan que dependiendo de la fase en la que se encuentre el individuo el riesgo será diferente (Borges et al., 2016; X. Zhang et al., 2015). Previo a la salida las mujeres han presentado una mayor prevalencia de consumo riesgoso de alcohol (X. Zhang et al., 2015). Durante el tránsito entre la frontera de México a Estados Unidos, X. Zhang et al. (2015) mencionan que se presentan altos niveles de consumo de tabaco y alcohol tanto en hombres como en mujeres en ciudades fronterizas como Tijuana.

Al momento de establecerse en Estados Unidos, las mujeres migrantes que se encuentran en su lugar de destino son menos propensas a consumir de manera riesgosa

alcohol, en comparación con aquellas mujeres que están en la fase previa a la salida de su país de origen. Cabe resaltar que independientemente de su sexo, los migrantes son menos propensos a consumir sustancias psicoactivas en relación con las personas nacidas en Estados Unidos, posiblemente por el temor a ser deportados o encarcelados por tener algún comportamiento riesgoso o ilegal (Salas-Wright et al., 2018; Tong et al., 2012). Aquellos que llegan a consumir, reportan uso de alcohol, marihuana, cocaína, metanfetaminas y en menor proporción crack, inhalables, heroína, anfetaminas y alucinógenos para poder cumplir con la extensa jornada laboral, reducir el malestar emocional de no estar en el país de origen con sus familiares y amigos, relajarse del cansancio producido por el trabajo, divertirse y socializar, siendo los principales lugares de consumo: bares, centros nocturnos, eventos sociales como bodas, fiestas vecinales y de quince años, observándose un incremento en el uso de sustancias que consumían previamente a la migración y la experimentación con otras sustancias psicoactivas durante su estancia en la Unión Americana (Ojeda et al., 2011; Sánchez-Huesca & Arellanez-Hernández, 2011).

En el estudio realizado por X. Zhang et al. (2015) tanto hombres como mujeres presentaron un mayor riesgo de consumo de sustancias psicoactivas durante el retorno cuando este se llega a realizar manera involuntaria y retornan a la frontera norte o a otras regiones de México, en comparación con quienes retornan de manera voluntaria, siendo la marihuana, cocaína, cristal y metanfetaminas las sustancias más usadas. En comparación con personas que se encuentran en otras fases del proceso migratorio, parientes de un migrante o personas que no tienen un historial migratorio, los individuos que han retornado muestran un mayor riesgo de consumo de sustancias psicoactivas a lo largo de su vida y un consumo riesgoso de alcohol y uso de sustancias psicoactivas en los últimos doce meses (Borges et al., 2009, 2016; X. Zhang et al., 2015).

No obstante, las personas repatriadas presentan un riesgo similar de consumo de alcohol a lo largo de su vida y en los últimos doce meses en comparación con la primera generación de hijos de inmigrantes nacidos en Estados Unidos y a las generaciones subsecuentes a esta (Borges et al., 2016). Existe una diferencia significativa en el riesgo de uso de sustancias psicoactivas entre personas repatriadas y las generaciones de hijos de inmigrantes nacidos en el país vecino, siendo mayor el consumo a lo largo de su vida y en los últimos doce meses en hijos de inmigrantes nacidos en Estados Unidos. Cabe resaltar que, las personas repatriadas que vivieron más de cuatro años en Estados Unidos y realizaron cualquier tipo de trabajo con un nivel de estrés medio-alto en dicho país, han experimentado en algún momento de su vida, ya sea antes, durante o después de la migración, un trastorno por uso de sustancias en los últimos doce meses en relación con mexicanos sin un historial migratorio, parientes de un migrante y generaciones de hijos de inmigrantes nacidos en Estados Unidos (Borges et al., 2009, 2016).

Cuando sucede el retorno a México se presentan múltiples cambios que generan desequilibrios físicos y emocionales, aquellas personas que consumían sustancias psicoactivas en Estados Unidos tienden a consumir otras sustancias o incrementar su frecuencia de consumo para aminorar el malestar emocional resultante de la deportación como sentimientos de vergüenza, trauma, soledad, pérdida de apoyo económico y separación de sus seres queridos (Ojeda et al., 2011; Sánchez-Huesca & Arellanez-Hernández, 2011).

Como se mencionaba, el consumo de sustancias psicoactivas de hombres y mujeres repatriados tiene la finalidad de reducir el dolor y el sufrimiento de experimentar violencia, pobreza, acoso, amenazas y estigmatización, más allá de buscar experiencias placenteras (Albicker, 2014; Albicker & Velasco, 2016; Horyniak et al., 2017). El sentimiento de culpa

y rechazo que genera la incapacidad de dejar de consumir, encontrarse en situación de calle por el mismo motivo y no poder acceder a un trabajo por ser criminalizado, puede generar en las personas repatriadas una disminución en sus redes sociales (Ojeda et al., 2011; Rodríguez-Montejano et al., 2015). En personas que consumían cristal o heroína vía intravenosa antes de ser repatriados, se puede presentar un aumento del uso de dichas sustancias e involucrarse en conductas de alto riesgo como realizar trabajo sexual, rentar y compartir jeringas (Ojeda et al., 2011; Rodríguez-Montejano et al., 2015), incrementando significativamente el riesgo de transmisión de VIH (Martinez-Donate et al., 2015; X. Zhang et al., 2017) y complicando más el retorno con sus familias a Estados Unidos por no poder dejar de consumir. Sin embargo, se ha observado que el sentido de pertenencia y las relaciones familiares con creencias en contra del consumo de sustancias, valores y tradiciones, disminuyen el riesgo a una sobredosis y de padecer otras enfermedades de salud mental como depresión, estrés y ansiedad, así como VIH (Horyniak et al., 2017; Ojeda et al., 2011).

Por estas razones, el objetivo de esta investigación fue describir los factores psicosociales, sociodemográficos y los patrones de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas en mexicanos que vivieron en Estados Unidos y actualmente residen en la ZMVM.

Justificación

Estudios realizados con pacientes en tratamiento por trastorno por consumo de sustancias psicoactivas en México han identificado que aquellos que han tenido alguna experiencia migratoria, consumen una mayor cantidad y variedad de sustancias psicoactivas que pacientes sin una experiencia migratoria (Sánchez–Huesca & Arellanez–Hernández, 2011). Algunas investigaciones han sugerido que los migrantes pueden iniciar o aumentar el uso de sustancias psicoactivas después de la deportación debido a alteraciones psicosociales, como se ha observado en las nueve principales ciudades fronterizas de México donde llegan las personas deportadas de Estados Unidos (Velasco & Coubès, 2013; Zhang et al., 2019). Independientemente del aumento observado en las deportaciones que llegan a la Ciudad de México (Corchado, 2018), no existe literatura que describa los factores psicosociales y sociodemográficos de estas personas deportadas que residen en la Ciudad de México. Es necesario estudiar a esta población para identificar sus factores psicosociales y sociodemográficos, ya que se identificó a través de la Encuesta sobre Migración en las Fronteras de México (EMIF) que 66.1% de las personas deportadas de Estados Unidos a México en 2020, no contaban con servicio médico, imposibilitando acceder a tratamiento farmacológico y psicológico en caso de padecer un trastorno mental (SEGOB, 2020).

Pregunta de investigación

¿Qué factores psicosociales y sociodemográficos describen los patrones de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas en mexicanos que vivieron en Estados Unidos y actualmente residen en la ZMVM?

Objetivos

Objetivo general

Describir los factores psicosociales, sociodemográficos y los patrones de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas en mexicanos que vivieron en Estados Unidos y actualmente residen en la ZMVM.

Objetivos específicos

1. Describir los factores sociodemográficos (récord migratorio, edad, sexo, escolaridad, ingresos, religión, estado civil, ocupación y situación laboral y situación familiar) en relación con el consumo alguna vez en la vida de sustancias psicoactivas mexicanos que vivieron en Estados Unidos y actualmente residen en la ZMVM.
2. Identificar los factores psicosociales (apoyo social percibido, estrés, ansiedad, depresión y desesperanza) en mexicanos que vivieron en Estados Unidos y actualmente residen en la ZMVM.
3. Identificar la historia de consumo de sustancias psicoactivas y los patrones de riesgo por consumo actual en mexicanos que vivieron en Estados Unidos y actualmente residen en la ZMVM.
4. Entender las experiencias asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas en mexicanos que vivieron en Estados Unidos y actualmente residen en la ZMVM.

Hipótesis

El presente estudio no cuenta con hipótesis porque tiene un alcance exploratorio. No obstante, los objetivos cuya finalidad es describir los factores sociodemográficos, identificar los factores psicosociales, la historia de consumo de sustancias psicoactivas y los patrones de riesgo por el consumo actual, presentan un enfoque cuantitativo. Mientras que, el objetivo de entender las experiencias asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas, presenta un enfoque cualitativo.

Definición de variables

Variables independientes

Los factores psicosociales

El papel psicosocial muestra la influencia que tienen los factores sociales sobre la relación entre los mecanismos psicológicos y la salud física (Quitian & Garavito Ariza, 2015). Dentro de la presente investigación se destacarán: el apoyo social percibido, estrés, ansiedad, depresión y desesperanza como factores psicosociales.

Apoyo social percibido: se refiere a la apreciación subjetiva que realiza el individuo sobre el apoyo recibido en las relaciones significativas que establece con su red social (Méndez & Barra, 2008).

Estrés: mecanismo de respuesta ante alguna situación que puede poner en riesgo la vida (Torrades, 2007).

Ansiedad: trastorno psicológico caracterizado por miedo excesivo ante una situación que no representa peligro (American Psychiatric Association, 2014a).

Depresión: trastorno psicológico caracterizado por un estado persistente de tristeza, una disminución de interés por casi todas las actividades, sentimiento de inutilidad, culpabilidad excesiva, pensamientos de muerte recurrentes (American Psychiatric Association, 2014).

Desesperanza: sentimiento donde se cree no encontrar alternativas ante una determinada situación o de no tener expectativas a futuro, suele ir acompañado de la ausencia del sentimiento de trascendencia (Granados Alonso & Reyes Santiago, 2014).

Los factores sociodemográficos

Los factores sociodemográficos son las características sociológicas y demográficas como récord migratorio, edad, sexo, escolaridad, ingresos, religión, estado civil, ocupación y situación laboral, nivel económico y situación familiar que favorecen a la agrupación de personas, en este caso a las personas deportadas (Martínez Fierro et al., 2018). A continuación, se hará un desarrollo de cada una de ellas.

Récord migratorio: se definirá como el número de veces que la persona ha migrado hacia Estados Unidos (USA Corp, 2020).

Motivos de migración: Como menciona Núñez (2008), las causas más frecuentes de migración son:

- Debido a las crisis políticas presentes en ciertos países
- Buscar un mejor nivel de vida
- Mejores condiciones de trabajo y remuneración
- El acceso a un empleo
- Educación
- Cultura
- Familia

Deportación: es el proceso de expulsión de Estados Unidos de un extranjero por no cumplir con las leyes del país, dentro de las que destaca el ingresar ilegalmente.

Edad: tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo (Real Académica Española, 2014).

Sexo: condición orgánica que definen a los seres humanos como hombre o mujer (Real Académica Española, 2014).

Escolaridad: grado más elevado de estudios realizados o en curso (Real Académica Española, 2014).

Ingresos: cantidad de dinero que percibe el individuo mensualmente.

Religión: conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad (Real Académica Española, 2014). Dentro de las que destacan:

- Cristianismo
- Catolicismo
- Testigo de Jehová
- Evangélica
- Mormona
- Otra
- Sin religión

Estado civil: condición del individuo ante el registro civil, soltero, casado, divorciado o viudo (Conceptos Jurídicos, 2020).

Ocupación y situación laboral: la ocupación es aquella actividad que le permita tener un ingreso y la situación laboral es si se encuentra actualmente laborando o no (De Conceptos, 2020; Márquez, 2021).

Situación familiar: es la situación en el contexto con su familia, el número total de miembros y número total de hijos (Valdivia Sánchez, 2008).

Variable dependiente

Patrones de consumo

Dentro de los tipos de patrones de consumo de sustancias psicoactivas en la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST) se encuentran el riesgo bajo, moderado y alto. El nivel bajo, se refiere a que no existen riesgos a la salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo, el moderado es que existe un posible riesgo de padecer problemas de salud a causa del consumo y el riesgo alto es que hay un gran riesgo o ya se cuenta con problemas de salud, económicos, sociales, legales y en sus relación por el consumo (Organización Mundial de la Salud, 2011). Por medio de la puntuación recibida en los respectivos inventarios y escalas se identificaron los síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos experimentados en la última semana asociados a la sintomatología de dichos factores (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Método

Originalmente para esta investigación se tenía proyectado un diseño no experimental con alcance transversal correlacional; no obstante, se decidió convertirlo en métodos mixtos por los datos cualitativos brindados por los participantes al momento de la aplicación del cuestionario y la dificultad para poder acceder a un mayor número de participantes debido a las características de la muestra y las condiciones sanitarias relacionadas con la pandemia de COVID-19. La metodología que se empleó en este estudio fue mixta con un diseño de

triangulación concurrente, recolectando de manera simultánea los datos cualitativos y cuantitativos.

Como menciona Hernández-Sampieri (2014) los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos que facilitan la recolección y el análisis de datos cualitativos y cuantitativos. El uso de métodos mixtos minimiza las limitaciones de ambos enfoques y es una estrategia útil para lograr un mayor entendimiento del fenómeno estudiado a través de perspectiva más amplia y profunda (Creswell, 2014; Hernández Sampieri et al., 2014).

El diseño de triangulación concurrente (DITRIAC), recolecta y analiza de manera simultánea los datos cualitativos y cuantitativos, ya que busca efectuar una validación cruzada entre ambos datos, incrementando así las ventajas de cada método y minimizando sus debilidades (Hernández Sampieri et al., 2014).

Muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico de bola de nieve por su utilidad para poder acceder a personas cuyas características deseadas para el estudio son difíciles de encontrar (Hernández Sampieri et al., 2014; Naderifar et al., 2017). Este método se caracteriza porque el investigador pregunta a las primeras muestras si conocen a alguien en situación similar para participar en la investigación, siendo un proceso gradual que continua hasta la saturación de los datos (Naderifar et al., 2017). Dentro de los beneficios que destaca Naderifar et al. (2017), se encuentran la posibilidad de tener una mejor comunicación con la muestra, ya que son conocidos de la primera muestra y la primera muestra esta vinculada al investigador; además de, realizarse la recolección de datos en un menor tiempo.

El muestreo inició con las primeras personas pertenecientes al albergue o alguna de las organizaciones contactadas. Tras responder el cuestionario se les pidió que identificaran a personas que ellos conocieran y fueran mexicanas o mexicanos repatriados que actualmente residen en la ZMVM para que les comentaran sobre el estudio. Aquellos que accedieron participar, se les explicó el objetivo de la investigación, así como el consentimiento informado y se prosiguió a realizarles el cuestionario.

Muestra

Estuvo conformada por 17 participantes (n=13 hombres, n=4 mujeres) de nacionalidad mexicana, que hablan inglés o español, han vivido en Estados Unidos mínimo cinco meses en una situación legal de indocumentado, han consumido alguna vez en la vida alguna sustancia psicoactiva como tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, benzodiazepinas, alucinógenos, opiáceos o metanfetaminas y actualmente residen en la ZMVM. Los criterios de exclusión fueron residir fuera de la ZMVM y nunca haber consumido alguna sustancia psicoactiva. Por su parte, el único criterio de eliminación fue no proveer suficiente información al momento de contestar el cuestionario.

Procedimiento

Se identificaron los principales grupos de Facebook e Instagram, organizaciones y albergues con presencia en la ZMVM que ofrecen apoyo a personas que se encuentran repatriadas en la ZMVM. Se contactaron a las organizaciones y a los grupos en las redes sociales para explicarles el motivo del estudio y se acordó realizar una publicación en sus redes sociales en donde se les invitó a las personas repatriadas a participar en la

investigación teniendo acceso a las encuestas en inglés y en español a través de los códigos QR, así como los enlaces de las respectivas encuestas. Por su parte, se contactó al albergue vía telefónica, comentándoles el objetivo de la investigación y los criterios de inclusión. Se les pidió apoyo para difundir el cuestionario a través de WhatsApp o brindando esta información de manera verbal.

Aquellos participantes interesados en responder dieron el consentimiento para participar y procedieron a contestar el cuestionario en la plataforma de Survio. A las personas interesadas en participar, pero con dificultades para responder en línea, se les dio la opción de responderla de manera telefónica con la autora de la tesis.

Procedimiento cuantitativo

Se empleó un cuestionario para identificar los factores sociodemográficos, psicosociales, el patrón y la historia de consumo.

En el primer apartado se preguntó sobre los factores sociodemográficos, realizando preguntas sobre: su situación migratoria, tiempo de retorno, tiempo viviendo en la ZMVM, edad, sexo, estado civil, situación laboral, nivel de escolaridad, religión, el rol que ocupa en su familia e ingresos mensuales.

En el segundo apartado de factores psicosociales se aplicó:

- a) Escala de Desesperanza de Beck (BHS): estandarizada por Hermsillo y Méndez (2015). Escala breve que consta de 20 afirmaciones con dos opciones de respuesta (verdadero o falso). Se emplea para identificar actitudes negativas y el deseo por superar situaciones adversas. Los ítems se califican con 1 punto si la respuesta fue verdadera, en caso de responder falso no se puntúa, el puntaje

máximo es de 20 puntos. Para la interpretación se presenta la siguiente escala de puntajes: 0 a 3 puntos: asintomático, 4 a 8 puntos: leve, 9 a 14 puntos: moderado y 15 a 20 puntos: severo. El tiempo de aplicación ronda entre 5 a 10 minutos. Cuenta con una consistencia interna de 0.78 en estudiantes universitarios mexicanos (Córdova Osnaya, 2011).

- b) Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS): traducido por Landeta y Calvete (2002). Adaptación de la escala compuesta por 12 ítems con opciones de respuestas dicotómicas. Se emplea para identificar el apoyo que perciben los participantes en tres grupos: familia, amigos y otras personas significativas. La interpretación se divide entre ítems, para conocer el apoyo percibido por la familia. Cuenta con una consistencia interna de 0.93 en migrantes indocumentados hispanos (Cobb & Xie, 2015).
- c) Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): adaptado por Robles et al. (2001). Instrumento auto aplicable compuesto por 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta. Evalúa síntomas de ansiedad presentados en la semana previa a la aplicación. Cuenta con una consistencia interna de alfa de Cronbach de .91 en mexicanos que residen en Michoacán, México (Padrós Blázquez et al., 2020).
- d) Inventario de Depresión de Beck (BDI): adaptado por Jurado et al. (1998). Instrumento auto aplicable compuesto por 21 reactivos con cuatro opciones de respuestas. Evalúa síntomas de depresión en la semana previa a la aplicación. En mexicanos que residen en la Ciudad de México ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas (alfa de Cronbach de 0.78, $p < 0.01$) (Jurado et al., 1998).

En el tercer apartado se aplicó la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST): traducida por la Organización Panamericana de la Salud (2011) y validada por Tiburcio (2016). Esto con la finalidad de identificar la frecuencia de consumo de las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos y cristal, a lo largo de su vida y en los últimos seis meses; así como, problemas relacionados con el consumo, riesgo actual de presentar problemas a futuro y posibilidad de dependencia. En universitarios mexicanos se obtuvo un alfa de Cronbach en tabaco, alcohol y mariguana de 0.83, 0.76 y 0.73, respectivamente. Así como una validez concurrente aceptable y significativa con la prueba AUDIT ($r = 0,719$, $p \leq 0.01$).

Procedimiento cualitativo

Se realizaron entrevistas semi estructuradas vía telefónica con una duración aproximada de 30 minutos a 7 participantes que en el cuestionario mencionaron haber sido deportados, haber consumido cristal, haber tenido problemas sociales, económicos, judiciales o psicológicos por el consumo de sustancias psicoactivas o tener hijos en Estados Unidos, con la finalidad de conocer su experiencia. Las entrevistas se realizaron en una única sesión vía telefónica y fueron grabadas, todos los participantes dieron su consentimiento vía oral. Se realizó la transcripción de cada una de las entrevistas para su posterior análisis.

Resultados

Resultados cuantitativos

Características sociodemográficas

La Tabla 1 presenta las características sociodemográficas de la muestra. Los participantes fueron principalmente hombres (76.5%), con edades que oscilaban entre 24 y 70 años, con una mediana de 42 años al momento de la encuesta; 75% eran solteros o divorciados; 47.1% contaban con un nivel de estudio medio; se reporta que 60% practica el catolicismo como religión. Dentro de las alcaldías o municipios de la ZMVM donde habitaban los participantes, 31.25% residía en Tlalpan, 25% en Iztapalapa, 18.75% en Coyoacán y 25% restante en las alcaldías Cuauhtémoc, Álvaro Obregón y Venustiano Carranza y en el municipio Chalco de Diaz Covarrubias. Con respecto a su situación laboral, 52.90% contaba con un empleo de tiempo completo. Se observó que la mitad de los participantes (50%) son el principal sostén económico de su hogar. En adición, se identificó que al momento de la encuesta 75% vivía con su pareja, familia o con otras personas. De la muestra, 52.9% tiene hijos; de los cuales, 5.9% tiene hijos menores de edad viviendo en Estados Unidos y planea que estos continúen viviendo ahí. Se reportó que 32.1% de los participantes hablan inglés y español, 25% habla solo español y 3.6% únicamente inglés, 17.9% considera que su nivel de inglés es regular.

Tabla 1*Factores sociodemográficos de personas que han vivido en EE.UU y residen en la ZMVM (n=17)*

Variables	n/ mediana	%/ rango intercuartil
Sexo		
Hombre	13	76.50
Mujer	4	24.00
Edad (mediana/ rango)	42	24-70
Estado civil ^a		
Unión libre	1	6.30
Soltero	6	37.50
Casado	3	18.70
Divorciado	6	37.50
Años de estudio		
Secundaria	8	47.10
Preparatoria	3	17.60
Licenciatura	6	35.30
Religión ^a		
Cristianismo	3	20.00
Catolicismo	9	60.00
Testigos de Jehová	1	6.67
Otra	1	6.67
Sin Religión	1	6.67
Alcaldía o municipio ^a		
Iztapalapa	4	25.00
Coyoacán	3	18.75
Cuahtémoc	1	6.25
Tlalpan	5	31.25
Chalco de Díaz Covarrubias	1	6.25
Álvaro Obregón	1	6.25
Venustiano Carranza	1	6.25
Situación laboral		
Empleo de medio tiempo	1	5.90
Empleo de tiempo completo	9	52.90
Estudiante	1	5.90
Desempleado	2	11.75
Trabajo por su propia cuenta	2	11.75
Retirado	1	5.90
Al hogar	1	5.90
Idioma de escritura		
Español	7	25.00
Inglés	1	3.60
Ambos idiomas	9	32.10

Continúa

Dominio de inglés		
Muy bien	3	10.70
Bien	4	14.30
Regular	5	17.90
Mal	2	7.10
Muy mal	1	3.60
No hablo inglés	2	7.10
Personas con las que vive a		
Solo	4	25.00
Con familia	8	50.00
Con pareja	2	12.50
Con otras personas	2	12.50
Número de personas con las que vive a		
No aplica	3	18.75
2 personas	3	18.75
3 a 5 personas	6	37.50
6 a 10 personas	2	12.50
Más de 10 personas	2	12.50
Principal sostén económico del hogar a		
Sí	8	50.00
No	8	50.00
Tiene hijos		
Sí	9	52.90
No	8	47.10
Hijos menores de edad en EU		
Sí	1	5.90
No	16	94.20
Planes con hijos que viven en EU		
Que continúen viviendo en EU	1	100.00
Parientes que viven en EU b		
Hijos (as)	3	12.00
Padre y/o madre	7	28.00
Hermanos (as)	7	28.00
Tíos y/o primos	6	24.00
Nadie	2	8.00
Edad migratoria (mediana/rango)		
	19	2-31
Motivos de migración b		
Descontento y desconfianza hacia el sistema político	1	3.60
Escasez de dinero y recursos	9	32.10
Desigualdad de oportunidades	6	21.40
Mejor acceso a la educación	3	10.70
Reunificación familiar	4	14.30
Otra	4	14.30

Continúa

Agresiones vividas en EU ^b		
Agresión física	3	13.64
Burlas, insultos o gritos	3	13.64
Detención sin justificación	3	13.64
Le negaron la entrada a un lugar publico	2	9.09
Ninguna de las anteriores	11	50.00
Posibles razones de las agresiones ^b		
Sexo	1	4.76
Tono de piel	3	14.28
Orientación sexual	2	9.52
No hablar en inglés o hablarlo mal	1	4.76
Ser migrante	3	14.28
No aplica	11	52.40
Número de veces que residió en EU (mediana/rango)	1	01-30
Años que permaneció en su última estancia en EU (mediana/rango)	6	.4-30
Tipo de retorno		
Voluntario	9	52.90
Involuntario	8	47.10
Retorno al mismo lugar de nacimiento		
Sí	10	58.80
No	7	41.20
Año de retorno a México (mediana/ rango)	2013	1970-2021
Tiempo viviendo en la ZMVM	8	.3-51

^a El tamaño de la muestra puede variar por el número de observaciones.

^b El tamaño de la muestra puede variar por ser una pregunta de opción múltiple

La edad en la que los participantes migraron a Estados Unidos fluctuó desde los 2 hasta los 31 años, con una mediana de 19 años. Dentro de los motivos de migración destacaron la escasez de dinero y recursos (32.1%), la desigualdad de oportunidades (21.4%), la reunificación familiar (14.3%), la búsqueda de mejor acceso a educación (10.7%) y el descontento y la desconfianza hacia el sistema político (3.6%). El restante (14.3%), tuvo como motivos una nueva oportunidad laboral, conocer Estados Unidos, cumplir con una tradición familiar y por una desilusión amorosa. Casi todos los participantes (92%) reportaron tener hijos (as), padre, madre, hermanos (as), tíos (as) o primos (as) viviendo en Estados Unidos.

Durante su estancia en Estados Unidos, 50% sufrió agresiones físicas, burlas, insultos, gritos, alguna detención sin justificación o le impidieron el ingreso a algún lugar público,

debido a su situación migratoria (14.28%), tono de piel (14.28%), orientación sexual (9.52%), sexo (4.76%) o no dominar el idioma inglés (4.76%).

Con respecto al retorno, 47.1% tuvo un retorno involuntario y fueron deportados a México. El año de retorno llegó a variar de 1970 a 2021. Más de la mitad (58.8%), regresó a vivir a la ZMVM, que es el mismo lugar en donde nacieron; mientras que 41.2% retornó a otros estados como: Morelos, Puebla, Guerrero y Guanajuato y después se mudaron a la ZMVM. El tiempo que llevan viviendo en la ZMVM osciló entre los 4 meses hasta los 51 años, con una mediana de 8 años.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas a lo largo de la vida

La Tabla 2 muestra la prevalencia de consumo a lo largo de la vida de sustancias psicoactivas por características sociodemográficas. En hombres (n=12), se observó una mayor proporción de consumo de cocaína (38.5%), metanfetaminas (30.8%), inhalantes (30.8%), alucinógenos (30.8%), anfetaminas (23.1%), tranquilizantes (23.1%), y opiáceos (15.4%). En personas solteras (n=5), en comparación con personas divorciadas (n=5), se identificó una mayor proporción de consumo de marihuana (83% vs.50%), cocaína, (33.3% vs. 16.7%), inhalables (50% vs. 16.7%) y alucinógenos (50% vs. 16.7%). En función de los años de estudio, las personas con un nivel de preparatoria (n=3) tuvieron una mayor proporción de consumo de marihuana (100%), cocaína (66.7%), alucinógenos (66.7%), anfetaminas (33.3%), metanfetaminas (33.3%), tranquilizantes (33.3%) y opiáceos (33.3%). Con respecto a la situación laboral, los participantes con un empleo de tiempo completo (n=8) reportaron haber consumido anfetaminas (33.3%), metanfetaminas (33.3%), tranquilizantes (33.3%) y opiáceos (22.2%). Se observó una mayor proporción de consumo de cocaína (22.2%) en católicos (n=7). En el caso de los inhalantes (33.3%), anfetaminas

(33.3%) y tranquilizantes (33.3%), los cristianos (n=3) mostraron una mayor proporción de consumo.

Se identificó que los participantes que al momento de la encuesta residían en Iztapalapa (n=4), presentaron mayor proporción de consumo de metanfetaminas (75%) alguna vez en la vida. Cabe destacar que, los participantes que viven con otras personas (n=2), presentaron una mayor proporción de consumo de cocaína (50%), metanfetaminas (100%), inhalantes (50%) y alucinógenos (50%). Aquellos que residen en un hogar con más de 10 personas (n=2), tuvieron una mayor proporción de consumo de marihuana (100%), metanfetaminas (50%), inhalantes (50%), alucinógenos (50%) y opiáceos (50%). Los participantes que son el principal sostén económico de su hogar (n=8), presentaron una mayor proporción de consumo de cocaína (37.5%), inhalantes (37.5%) y alucinógenos (37.5%). Las personas que no tienen hijos (n=8) mostraron una mayor proporción de consumo, de marihuana (75%), cocaína (50%), anfetaminas (25%), metanfetaminas (37.5%) y tranquilizantes (25%).

Aquellos cuyo principal motivo para migrar fue la falta de dinero y recursos (n=3), mostraron una mayor proporción de consumo de cocaína (66.7%), metanfetaminas (66.7%) e inhalantes (100%). El participante que en Estados Unidos vivió burlas e insultos como agresiones, mostró una mayor proporción de consumo de cocaína (100%), tranquilizantes (100%), alucinógenos (100%) anfetaminas (100%), metanfetaminas (100%), inhalantes (100%) y opiáceos (100%). Quienes tuvieron un retorno involuntario (n=7), en contraste con aquellos que retornaron voluntariamente (n=7), se identificó una mayor proporción de consumo de marihuana (62.5% vs. 44.4%), cocaína (37.5% vs. 22.2%), metanfetaminas (25% vs. 22.2%), inhalantes (25% vs. 22.2%) y alucinógenos (25% vs. 22.2%).

Tabla 2
Consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida por factores sociodemográficos.

Variables	Tabaco		Alcohol		Marihuana		Cocaína		Anfetaminas		Metanfetaminas		Inhalantes		Tranquilizantes		Alucinógenos		Opicéos		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo																					
Hombre	12	92.30	13	100.00	8	61.50	5	38.50	3	23.10	4	30.80	4	30.80	3	23.10	4	30.80	2	15.40	
Mujer	2	50.00	3	75.00	1	25.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Estado civil ^a																					
Unión libre	1	100.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Soltero	5	83.30	6	100.00	5	83.30	2	33.30	1	16.70	2	33.30	3	50.00	1	16.70	3	50.00	1	16.70	
Casado	3	100.00	3	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Divorciado	5	83.30	6	100.00	3	50.00	1	16.70	2	33.30	2	33.30	1	16.70	2	33.30	1	16.70	1	16.70	
Años de estudio																					
Secundaria	8	100.00	8	100.00	4	50.00	1	12.50	1	12.50	2	25.00	1	12.50	1	12.50	1	12.50	1	12.50	
Preparatoria	3	100.00	3	100.00	3	100.00	2	66.70	1	33.30	1	33.30	1	33.30	1	33.30	2	66.70	1	33.30	
Licenciatura	3	50.00	5	83.30	2	33.30	2	33.30	1	16.70	1	16.70	2	33.30	1	17.60	1	16.70	0	0.00	
Religión ^a																					
Cristianismo	2	66.70	2	66.70	1	33.30	1	33.30	1	33.30	1	33.30	1	33.30	1	33.30	0	0.00	0	0.00	
Catolicismo	7	77.80	9	100.00	3	33.30	2	22.20	0	0.00	0	0.00	1	11.10	0	0.00	1	11.10	0	0.00	
Testigos de Jehová	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	
Otra	1	100.00	1	100.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	
Sin Religión	1	100.00	1	100.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Situación laboral																					
Empleo de medio tiempo	1	100.00	1	100.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Empleo de tiempo completo	8	88.90	8	88.90	4	44.40	3	33.30	3	33.30	3	33.30	3	33.30	3	33.30	3	33.30	2	22.20	
Estudiante	0	0.00	1	100.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	
Desempleado	2	100.00	2	100.00	1	50.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Trabajo por su propia cuenta	2	100.00	2	100.00	2	100.00	1	50.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Retirado	1	100.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Al hogar	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Personas con las que vive ^a																					
Solo	4	100.00	4	100.00	3	75.00	2	50.00	2	50.00	1	25.00	1	25.00	2	50.00	2	50.00	1	25.00	
Con familia	6	75.00	8	100.00	3	37.50	2	25.00	0	0.00	1	12.50	2	25.00	0	0.00	1	12.50	0	0.00	
Con pareja	2	100.00	2	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Con otras personas	2	100.00	2	100.00	2	100.00	1	50.00	1	50.00	2	100.00	1	50.00	1	50.00	1	50.00	1	50.00	
Número de personas con las que vive																					
No aplica	3	100.00	3	100.00	2	66.70	2	66.70	2	66.70	1	33.30	1	33.30	2	66.70	1	33.30	1	33.30	
2 personas	3	100.00	3	100.00	0	0.00	1	33.30	0	0.00	1	33.30	1	33.30	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
3 a 5 personas	3	50.00	5	83.30	3	50.00	1	16.70	0	0.00	0	0.00	1	16.70	0	0.00	2	33.30	0	0.00	
6 a 10 personas	2	100.00	2	100.00	1	50.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Más de 10 personas	2	100.00	2	100.00	2	100.00	1	50.00	1	50.00	1	50.00	1	50.00	1	50.00	1	50.00	1	50.00	
Principal sostén económico del hogar ^a																					
Sí	8	100.00	8	100.00	4	50.00	3	37.50	3	37.50	4	50.00	3	37.50	3	37.50	3	37.50	2	25.00	
No	6	75.00	8	100.00	4	50.00	2	25.00	0	0.00	0	0.00	1	12.50	0	0.00	1	12.50	0	0.00	
Tiene hijos																					
Sí	8	88.90	9	100.00	3	33.30	1	11.10	1	11.10	1	11.10	0	0.00	1	11.10	0	0.00	0	0.00	
No	6	75.00	7	87.50	6	75.00	4	50.00	2	25.00	3	37.50	4	50.00	2	25.00	4	50.00	2	25.00	
Tipo de retorno																					
Voluntario	7	77.80	9	100.00	4	44.40	2	22.20	0	0.00	2	22.20	2	22.20	0	0.00	2	22.20	0	0.00	
Involuntario	7	87.50	7	87.50	5	62.50	3	37.50	3	37.50	2	25.00	2	25.00	3	37.50	2	25.00	2	25.00	
Retorno al mismo lugar de nacimiento																					
Sí	8	80.00	10	100.00	5	50.00	3	30.00	1	10.00	3	30.00	3	30.00	1	10.00	3	30.00	1	10.00	
No	6	85.70	6	85.70	4	57.10	2	28.60	2	28.60	1	14.30	1	14.30	2	28.60	1	14.30	1	14.30	
Agresiones vividas en EU ^b																					
Agresión física	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Burlas, insultos o gritos	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	
Detención sin justificación	1	100.00	1	100.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Le negaron la entrada a un lugar publico	2	100.00	2	100.00	1	100.00	1	50.00	1	50.00	0	0.00	0	0.00	1	50.00	0	0.00	0	0.00	
Ninguna de las anteriores	9	81.80	11	100.00	5	45.50	2	18.20	1	9.10	2	18.20	2	18.20	1	9.10	3	27.30	1	9.10	
Posibles razones de las agresiones ^b																					
Sexo	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Tono de piel	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Orientación sexual	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	
No hablar en inglés o hablarlo mal	1	100.00	1	100.00	1	100.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	
Ser migrante	2	100.00	2	100.00	1	50.00	0	0.00	1	50.00	0	0.00	0	0.00	1	50.00	0	0.00	0	0.00	
No aplica	9	81.80	11	100.00	4	36.40	3	27.30	1	9.10	3	27.30	3	27.30	1	9.10	2	18.20	1	9.10	
Motivos de migración ^b																					
Escasez de dinero y recursos	3	100.00	3	100.00	1	33.30	2	66.70	1	33.30	2	66.70	2	100.00	1	33.30	1	33.30	1	33.30	
Desigualdad de oportunidades	2	66.70	3	100.00	1	33.30	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Mejor acceso a la educación	1	50.00	2	100.00	2	100.00	1	50.00	0	0.00	0	0.00	1	50.00	0	0.00	2	100.00	0	0.00	
Reunificación familiar	3	75.00	3	75.00	4	100.00	2	50.00	1	25.00	2	50.00	1	25.00	1	25.00	1	25.00	1	25.00	
Otra	4	100.00	4	100.00	1	25.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Alcaldía o municipio																					
Iztapalapa	4	100.00	4	100.00	3	75.00	2	50.00	2	50.00	3	75.00	2	50.00	2	50.00	2	50.00	2	50.00	
Coyoacán	3	100.00	3	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Cuauhtémoc	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Tlalpan	3	60.00	5	100.00	4	80.00	2	40.00	0	0.00	0	0.00	1	20.00	0	0.00	1	20.00	0	0.00	
Chalco de Díaz Covarrubias	1	100.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
Álvaro Obregón	1	100.00	1	100.00																	

Nivel de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas

La Tabla 3 muestra el nivel de riesgo de consumo actual relacionado con las sustancias psicoactivas obtenido en la prueba ASSIST. En todos los participantes (n=17) se reportó el consumo de diversas sustancias psicoactivas, siendo el alcohol y el tabaco las sustancias psicoactivas más consumidas a lo largo de la vida. De acuerdo con los puntajes obtenidos, el participante 1 mostró un nivel de riesgo moderado para tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, inhalantes, tranquilizantes, alucinógenos y opiáceos. Se ubicó el consumo de metanfetaminas en un nivel de riesgo alto, para el resto de las sustancias se obtuvo un nivel de riesgo moderado. El participante 2 reportó un consumo alguna vez en la vida de tabaco, alcohol, metanfetaminas, cocaína e inhalantes. Se identificó el consumo de tabaco en un nivel de riesgo moderado, mientras que el resto de sustancias psicoactivas obtuvieron un nivel de riesgo bajo. El nivel de riesgo que reportó el participante 3 en el consumo de tabaco, alcohol, anfetaminas y tranquilizantes fue moderado; en contraste, el consumo de marihuana obtuvo un nivel de riesgo bajo. El participante 4 reportó un consumo alguna vez en la vida de marihuana y cocaína y tuvo un nivel de riesgo bajo para tabaco y alcohol. El participante 6 mostró un consumo alguna vez en la vida de alcohol y marihuana. Se reportó un nivel de riesgo bajo en el consumo de alcohol.

Por su parte, el participante 8 reportó un consumo alguna vez en la vida de marihuana, cocaína e inhalantes. A su vez, se identificó un nivel de riesgo moderado en el consumo de tabaco y un nivel de riesgo bajo en consumo de alcohol. En contraste, el participante 9 tuvo un consumo alguna vez en la vida de tabaco. Se identificó un nivel de riesgo moderado en el consumo de marihuana y alucinógenos y un nivel de riesgo bajo en el consumo de alcohol. Los participantes 10, 11 y 12 reportaron un consumo alguna vez en la vida de

alcohol y tabaco. Todos obtuvieron un nivel de riesgo bajo en el consumo de alcohol. El participante 13 reportó un consumo a lo largo de la vida de tabaco y marihuana, con un nivel de riesgo bajo en el consumo de alcohol y metanfetaminas. El participante 14 mostró un nivel de riesgo bajo para alcohol y un nivel de riesgo moderado para tabaco, marihuana y tranquilizantes. El participante 15 reportó un nivel de riesgo moderado para marihuana. El participante 17 se observó un consumo alguna vez en la vida de tabaco, marihuana, cocaína, anfetaminas, inhalantes, tranquilizantes, alucinógenos y opiáceos. Se ubicó en un nivel de riesgo bajo el consumo de alcohol y metanfetaminas.

Los participantes 5, 7 y 16 reportaron consumo alguna vez en la vida de alcohol y tabaco, ninguno de ellos reportó consumo al momento del estudio.

Tabla 3

Nivel de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas obtenido en la prueba ASSIST

Sustancias psicoactivas	Participantes																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Tabaco	* 18	* 10	* 8	* 2		*	*	* 5	*	*	*	*	* 5		*	*	*
Alcohol	* 30	* 2	* 18	* 8	*	* 6	*	* 4	* 2	* 9	* 2	* 8	* 3	* 6		*	* 3
Marihuana	* 21		3	*		*		*	* 6				*	* 8	* 7		*
Cocaína	* 14	* 3		*				*									*
Anfetaminas	* 14		* 4														*
Metanfetaminas	* 36	* 6										*	6				* 6
Inhalantes	* 14	*					*										*
Tranquilizantes	* 21		* 7														*
Alucinógenos	* 16							* 8						* 4			*
Opiáceos	* 14																*

Nota. *Consumo alguna vez en la vida.

El puntaje obtenido en la prueba ASSIST señala el nivel de riesgo obtenido según el patrón de consumo. Verde: nivel de riesgo bajo (0-3 y <10 para alcohol); naranja: nivel de riesgo moderado (4- 26 y 11-26 para alcohol); rojo: nivel de riesgo alto (>27).

Factores psicosociales

La Tabla 4 presenta los factores psicosociales de la muestra. Se reportó que 58.8% de los participantes (n=17) presentaron al momento de la encuesta un nivel moderado de desesperanza. Tanto en la sintomatología depresiva como en la sintomatología ansiosa, se observó un nivel severo en más de la mitad de los participantes (52.9% en ambas). Por su parte, en el apoyo social percibido la mayoría percibió apoyo por parte de los familiares

(58.8%), amigos (64.7%) y otros (70.6%). En contraste, se identificó menor y nulo apoyo por parte de la familia en comparación con los amigos y otras personas (41.2% vs. 35.3% vs. 29.4% respectivamente).

Tabla 4

Factores psicosociales de personas que han vivido en EE.UU y residen en la ZMVM (n=17)

Variables	n	%
Desesperanza		
Leve	7	41.20
Moderada	10	58.80
Sintomatología depresiva		
Moderada	8	47.10
Severa	9	52.90
Sintomatología ansiosa		
Baja	2	11.80
Moderada	6	35.30
Severa	9	52.90
Apoyo social percibido en familia		
Mayor apoyo percibido	10	58.80
Menor apoyo percibido	2	11.80
Sin apoyo	5	29.40
Apoyo social percibido en amigos		
Mayor apoyo percibido	11	64.70
Menor apoyo percibido	2	11.80
Sin apoyo	4	23.50
Apoyo social percibido en otros		
Mayor apoyo percibido	12	70.60
Menor apoyo percibido	4	23.50
Sin apoyo	1	5.90

Resultados cualitativos

Experiencia de consumo en Estados Unidos

La experiencia de consumo de sustancias psicoactivas en Estados Unidos fue variada. Algunos participantes mencionaron haber consumido principalmente alcohol, marihuana, cocaína y cristal porque sus familiares o amigos les ofrecieron, surgiendo este tipo de consumo en un ambiente recreativo.

Me empecé a juntar con ellos [personas usuarias de sustancias] y ya empecé a usar marihuana, cocaína. Me junté con gente muy inteligente que me decía que era importante aprender matemáticas para saber cuántos gramos de coca hay... Todos se drogaban, pero yo como que no me hice fanático, probé de todo, metanfetaminas, LSD, piedra, hasta peyote, probé la heroína que disuelves en una cuchara. Como dije en Estados Unidos vivía una vida diferente, me junté con unos criminales, unas personas con las que tenías que andar muy atento porque tenías miedo de que te pasara algo, que alguien se desquitara contigo, nunca quise hacerme adicto.

(Hombre, 35 años)

En contraste, ciertos participantes prefirieron reducir o eliminar su consumo por temor a ser deportados o encarcelados. “Ahí [en Estados Unidos] tienes que irte derecho, no es como en México, ahí tienes que respetar, porque como dicen, o entras a la cárcel o sales del país porque te deportan” (Hombre, 54 años). En palabras de otro participante, “No hice cosas indebidas pues me iba a meter en problemas y ahí, no se andan con juegos, de que ‘le hablo a mi papá y él habla con el MP, que les de dinero’, cosa que pasa en la Ciudad de México, pues no, ahí [Estados Unidos] no” (Hombre, 39 años).

Motivos de consumo de cristal

Mientras se establecían en Estados Unidos, algunos de los participantes llegaron a consumir cristal para tener un mayor rendimiento laboral, desarrollar un sentido de pertenencia con ciertos grupos y no ser agredidos por su físico. Un participante mencionó haber iniciado su consumo de metanfetaminas porque sus compañeros le comentaron que así incrementaría su rendimiento como mesero. Tras consumirlo, sintió que podía realizar

más actividades y le agradó ser más productivo. “Podía trabajar rápido, concentrado [...] mis compañeros me ofrecieron y lo tomé” (Hombre, 41 años).

Por su parte, otro participante relató haber sufrido *bullying* por tener sobrepeso, por lo que a los 18 años optó por consumir cristal para adelgazar y dejó de consumir marihuana ya que ésta incrementaba su apetito. “Siempre fui una persona gorda, entonces me dijeron que el cristal me ayudaría a bajar de peso y sí” (Hombre, 36 años).

Consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas

Se observaron consecuencias económicas, sociales, laborales, legales, físicas y psicológicas derivadas del abuso a diversas sustancias psicoactivas como cristal, *crack* y alcohol. Se identificaron afectaciones en el vínculo familiar derivadas del incremento de violencia psicológica y física hacia los integrantes de la familia. Una participante, exesposa de un hombre que consumía cristal, externó que los actos de violencia fueron en aumento a causa de las actitudes machistas que él presentaba cuando regresaban de Estados Unidos a México para ir a visitar a la familiar de él en Oaxaca. Se percató de que independientemente del consumo que tuviera en Estados Unidos de cristal, solía tener una buena actitud.

Yo no supe que mi esposo se drogó toda la vida, fue parte de la situación que implicó para que yo me separara, se fueron aumentando los maltratos verbales y emocionales y estuvo a punto de maltratarme físicamente [...] Aunque siempre se drogó en Estados Unidos, ahí era una persona muy diferente, era bueno, era amable, cariñoso; pero cuando venimos acá a Oaxaca fue un cambio total, sacó más a flor el machismo. (Mujer, 48 años)

En adición, otro participante mencionó que el consumo de alcohol siempre fue una problemática para él, que fue exacerbada al momento de ser deportado y retornar a México y que influyó directamente en la relación con sus hijos y su exesposa.

Mi relación con mis hijos no era buena, tenía muy pocos momentos en las que era bueno con ellos, tomaba y me ponía agresivo. Me dicen que yo llegaba y ellos se encerraban, que empezaba a hablar solo, a insultar y que quería golpear a mi exesposa... Mi hija la menor dice que le daba mucho miedo verme [intoxicado].
(Hombre, 70 años)

En la siguiente cita se muestran las peleas como otro tipo de consecuencia social. “Tuve que sufrir, sí me han golpeado como dos o tres veces y he terminado en la sala de urgencias por andar borracho en lugares que yo no debía” (Hombre, 35 años).

Asimismo, faltas menores como manejar en estado de ebriedad pueden llevar a una persona a tener consecuencias legales en Estados Unidos como la deportación del país. Como es el caso de un participante que relató que el haber chocado por ir bajo la influencia del alcohol en una avenida principal alertó a los policías de su situación migratoria y estos avisaron a autoridades migratorias, para después deportado.

Como se mencionaba, también se presentan consecuencias laborales y económicas, ya que, en el desarrollo del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, las personas van priorizando su consumo sobre otro tipo de actividades, pasando el trabajo a un segundo plano y dedicando gran parte del tiempo e ingresos a obtener y consumir la sustancia psicoactiva. En palabras de una de las participantes “ese vicio nos llevó a la quiebra”, refiriéndose a cómo el consumo desmedido de cristal por parte de su esposo le ocasionó la pérdida de empleo y, por ende, de dinero. Otro participante expresó lo difícil que era

mantenerse sobrio para conseguir trabajo, así como, administrar dinero para mantener a su familia.

Me perdía meses, tomaba alcohol del 96 [96 grados de alcohol] y luego salía a buscar trabajo, pero regresaba todo borracho, me decían que me ponía muy agresivo [...] Me la agarraba tomando y cuando no tenía dinero veía de donde sacaba, vendí un terreno y en seis meses me acabé el dinero tomando. (Hombre, 70 años)

Los cambios psicológicos que los participantes llegaron a presenciar mientras abusaban de diversas sustancias psicoactivas fueron aislamiento, agresividad, incapacidad para empatizar, sufrimiento y disminución de la memoria. Un participante comenta que su esposa identificaba que el seguía consumiendo porque se aislaba y prefería salir a la calle a consumir. “Mi comportamiento era muy diferente, no platicaba con ella [su esposa], me salía a cada rato, como que me aislé de todo” (Hombre, 41 años).

En la siguiente cita se refleja las afectaciones a la memoria que llegan a vulnerar a una persona cuando se encuentra bajo la influencia del alcohol. “Me acuerdo de muy poco, me dicen que me bajaba del *micro* [transporte público] borracho, me pasaba las paradas porque me quedaba dormido borracho o me recogían porque estaba tirado en el parque” (Hombre, 70 años).

En términos de un participante, se le dificultó relacionarse y empatizar con el sufrimiento de sus familiares, ya que era prioritario consumir *crack*. “Yo vivía en mi mundo, en mi drogadicción, en consumir. Yo no veía lágrimas, yo no veía sentimientos, no veía nada o tal vez lo veía, pero no sentía algo... Me sentía como anestesiado” (Hombre, 39 años). Cabe destacar que, este mismo participante mencionó haber experimentado delirios, además de ciertos malestares físicos durante su abstinencia al *crack*.

Mi familia se daba cuenta que seguía consumiendo porque me transformaba completamente...Digamos que esa droga, al menos en mi organismo, me daban delirios. Yo me encerraba en mi cuarto, no quería que nadie me viera, no podía hablar, la mandíbula se me trababa, todo lo sentía muy amplificado. Digo delirios porque escuchaba ruidos y decía ‘ahí viene la policía, vienen a buscarme’, cosas que ni al caso. (Hombre, 39 años)

Las afectaciones físicas que percibió un participante, resultantes del consumo de cristal fueron el debilitamiento y la pérdida de peso. “La fuerza que obtenía, la sustancia poco a poco iba debilitando mi cuerpo [...] Mi esposa se dio cuenta [de su consumo de cristal] porque había adelgazado demasiado” (Hombre, 41 años).

Estigma

El estigma y la discriminación que perciben personas que consumen sustancias psicoactivas limita su desarrollo personal. La exclusión social a la que se enfrentan favorece el sufrimiento y el desarrollo de enfermedades mentales. En la siguiente cita se relata cómo fue vivir en México teniendo una dependencia al *crack*.

En México yo ya no hacía nada, la gente ya me veía como basura [...] Para qué volverme a drogar, para qué volver a lo mismo, el acordarme de cómo andaba en la calle, pidiendo prestado 10 pesos para poder conseguir para una dosis más, recordar todo lo que viví en los anexos y sobre todo como me veía ya la gente, cómo me trataba. Porque pues obviamente ya no te tratan bien, ya ni la familia te trata bien, ya nadie te respeta, pues ya pierdes completamente. (Hombre, 39 años)

Abstinencia y recaída

El proceso en el que las personas reducen su consumo de sustancias psicoactivas es muy complejo. Al momento de dejar de consumir las personas se enfrentan a diversas reacciones físicas y psicológicas. En el momento de la entrevista no había ningún usuario activo, el participante con menor tiempo de abstinencia tenía un mes de no consumir metanfetaminas. En la siguiente cita se muestra la ansiedad y la sudoración excesiva como algunos de los malestares presentados por una persona con dependencia al *crack*.

La abstinencia es un proceso difícil, me volví adicto a los dulces, pero por el otro lado, me despertaba con frío y sudando, la cama completamente mojada, completamente, sábanas, cobijas, un sudor como no se te puedes imaginar, una desesperación que no te la puedo describir. (Hombre, 39 años)

Aunque las personas dejen de consumir durante meses o años, existe el riesgo de que ciertos eventos puedan vulnerarlos de diversas maneras y orillarlos a volver a consumir. El mismo participante de la cita previa, relató que inició su consumo de cocaína en México y estuvo consumiendo durante un año. Al migrar a Estados Unidos dejó de consumirla y después de tres años de mantenerse sobrio, reincidió tras haber terminado su noviazgo de manera esporádica y continuó consumiendo cocaína diario durante 6 u 8 meses.

Recaí por una muchacha, andaba con una muchacha americana de la que me encariñé y de un día, sin decirme nada, la fui a buscar a su casa y ahí estaba un hombre, me puse todo loco. Llegó un fin de semana y me puse a tomar y ya que andaba borracho, se me ocurrió drogarme (consumir cocaína) y pues cuando me drogué, me llamaba, porque ya después de la primera, ya nadie me para. Recaí y

seguía trabajando, me seguía drogando, trabajando. Me seguí drogando como unos 6 u 8 meses. (Hombre, 39 años)

Rehabilitación

Algunos de los motivos por los cuales los participantes disminuyeron el consumo fueron reconocer sus capacidades, desarrollar responsabilidades, evitar problemáticas familiares y presentar afectaciones a la salud a raíz del consumo. Como relata el siguiente participante, trabajar en la construcción lo motivó a dejar de consumir porque se dio cuenta de sus capacidades y desarrolló un sentido de pertenencia.

La construcción me hace sentir algo que nunca había sentido, porque les hago falta, si faltó un día me marcan que necesitan que haga algo, yo no estoy acostumbrado a esa clase de vida donde tengo responsabilidad, tienen confianza de que yo construya algo, estoy acostumbrado a que toda mi vida me dijeron “pendejo”, que me la terminé creyendo. (Hombre, 35 años)

Se observó un papel importante de la familia, las amistades, los trabajadores del albergue e inclusive de la religión en la rehabilitación. En la siguiente cita se identifica un bienestar por parte del participante al reconocer el apoyo que le brindan los trabajadores del albergue “Constitución de 1917” al continuar con su rehabilitación y su tratamiento para la ansiedad y la depresión.

Entrevistadora: Que bueno, ¿cómo has visto a la gente que está cerca de ti? ¿te ha apoyado a que continúes tu tratamiento?

Participante: Así es, me dijeron ‘qué buena onda que fuiste, qué buena onda que estés tratándote’. Sí es bueno, porque de pronto sí me agarraban ataques de pánico y pues ya me comentó la psiquiatra que eran las secuelas que habían quedado del *meth* [cristal].

Entonces, me apoyan, muchas gracias a Dios en ese aspecto y pues me dicen ‘échale para delante, no pasa nada’.

Entrevistadora: ¿Quiénes son los que más te apoyan?

Participante: Los encargados del lugar, me dicen ‘échale ganas, adelante’, me motivan para continuar.

Tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias

Con la finalidad de disminuir su consumo, diversos participantes fueron internados por deseo de sus familiares en el albergue “Constitución de 1917”, en centros de apoyo cristiano y en centros de ayuda mutua como los como los centros de Alcohólicos Anónimos (AA). Algunos participantes expresaron que durante su rehabilitación el trato que recibieron en centros AA no era ético. “En aquel entonces [en 2014] no entraba nada de eso de derechos humanos, pues había golpes, maltratos, castigos, horrible, salías de un infierno para vivir otro” (Hombre, 39 años).

Otro participante reportó:

Pues era pesado, los primeros días pues vomitaba mucho, temblaba, me daba calentura, no quería comer. A veces nos daban un poco de alcohol con nuestro café, cuando ya nos veían muy mal para aliviarnos. Tal vez no es algo muy conocido, pero nos hacían eso que “disque” para tener descanso [reducir los síntomas de la abstinencia por el consumo de alcohol]. Entre los mismos nos cuidábamos y a la semana siguiente [después del ingreso] te dejaban ver a la familia. (Hombre, 70 años)

Comorbilidad

Aunado al trastorno por consumo de sustancias, se pueden llegar a presentar otro tipo de enfermedades o trastornos. Los participantes comentaron haber sido diagnosticados con trastorno por déficit de atención, trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar y esquizofrenia. Además, un participante mencionó haber sido diagnosticado con VIH. La mayoría recibe un tratamiento farmacológico con alguno de los siguientes fármacos: escitalopram, utilizado para el tratamiento de la depresión, clonazepam, para la ansiedad, atomoxetina, para el déficit de atención e hiperactividad, quetiapina, para la esquizofrenia y antirretrovirales, para reducir la carga viral del virus de inmunodeficiencia (VIH) a un nivel indetectable en personas infectadas. El tratamiento es recibido en instancias públicas como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o centros públicos como la Clínica Especializada Condesa. Un participante fue diagnosticado en Estados Unidos con trastorno bipolar y esquizofrenia en la niñez. El resto fueron diagnosticados en México durante la juventud o la adultez con alguno de los siguientes trastornos: trastorno por déficit de atención e hiperactividad, depresión y ansiedad.

El participante diagnosticado con trastorno bipolar y esquizofrenia comentó que a los 13 años inició su consumo de alcohol, tabaco y marihuana. Dejó de consumir al poco tiempo marihuana e inició su consumo de cocaína, anfetaminas, tranquilizantes, alucinógenos, opiáceos, inhalantes y principalmente, de cristal (metanfetaminas). Mientras vivía en Estados Unidos su consumo de diversas sustancias psicoactivas le generó crisis epilépticas tónico clónicas y fue diagnosticado con VIH. Además de problemas legales por ser acusado por venta de drogas ilegales, factor que influyó en su deportación. En México presentó

diversos episodios depresivos que dificultaron su sobriedad, por lo que siguió consumiendo cristal (1 gramo al día) y comenzó a vender diversas sustancias ilegales. Fue sentenciado a 2 años de prisión en Oaxaca, estado en donde distribuía estas sustancias, pero firmó un acuerdo por ser una persona con trastorno bipolar, esquizofrenia y VIH y fue anexado durante dos años. Después de ser anexado continuó su tratamiento psiquiátrico en diversas instancias públicas. Comentó que la adherencia a los antirretrovirales se le ha dificultado, ya que al estar bajo la influencia del cristal suele olvidar tomarlos.

El paciente diagnosticado con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) mencionó que fue diagnosticado en la juventud, mientras estudiaba la universidad. Acudió al psiquiatra porque sus papás identificaron que había empezado a consumir cocaína. El psiquiatra le recetó atomoxetina para tratar el TDAH; no obstante, al migrar a Estados Unidos no pudo continuar con el mismo tratamiento porque, en palabras de él, era muy caro, por lo que el médico le recetó Aderall (XR) que son anfetaminas con la misma finalidad. No obstante, el temor de volverse adicto a las anfetaminas le hizo no tener adherencia al tratamiento. Al retornar a México estuvo en diversos centros de rehabilitación y albergues para tratar únicamente su trastorno por consumo de sustancias durante 10 años. Al momento de la entrevista estaba recibiendo tratamiento para la depresión con lamotrigina y bupropion y el TDAH no era tratado.

Los otros participantes fueron diagnosticados con depresión y ansiedad años después de ser deportados de Estados Unidos y cuando ya eran tratados en un albergue por su trastorno por su consumo de sustancias. Uno de los participantes mencionó que su médico tratante le comentó que el trastorno de ansiedad era resultado de su consumo de cristal.

Deportación

Los siguientes subtemas abordados a continuación hablan del impacto psicosocial y socioeconómico que presentan algunas personas que han sido deportadas de Estados Unidos.

Tras un extenso historial migratorio, algunos fueron deportados únicamente por su situación migratoria indocumentada. Otros participantes, además de situación migratoria, presentaron otro tipo de problemas legales como posesión de sustancias ilícitas o conducir bajo la influencia del alcohol. “Me encontraron (en Estados Unidos) con una gran cantidad de cristal, 3 onzas, una báscula y bolsitas para dividirla” (Hombre, 36 años).

Impacto emocional tras la deportación

Las personas que fueron retornadas a México de manera involuntaria, presentaron estrés, ansiedad, sentimientos de tristeza e impotencia inmediatamente al llegar nuevamente a México sin un proyecto de vida, sin dinero y sin un espacio en donde poder establecerse.

Yo estaba preocupado porque me habían sacado de aquel país, yo no sabía cómo comenzar de nuevo, la mayoría de las personas a eso vienen, a drogarse y a tomar, todos tristes y todos tratan de regresarse pa’ Estados Unidos o tratan de ir a sufrir a otro lado, de mil personas solo encontré a uno. (Hombre, 35 años)

Experiencia de consumo a raíz de la deportación

El impacto emocional que genera la deportación, hace que las personas sean más vulnerables a iniciar o incrementar su consumo de sustancias psicoactivas con la finalidad de reducir el malestar que les genera estar lejos de la vida que conocían y sobrellevar las alteraciones que se presentan en diversos ámbitos. Aumentando así la frustración y

dificultando la toma de decisiones. En la siguiente cita un participante comentó que, tras su deportación, su exesposa con nacionalidad estadounidense fue a visitarlo numerosas ocasiones a México, pero después de un tiempo ella optó por terminar la relación y no regresar a México para volver a ver a su, aquel entonces, esposo. Este suceso, aunado a todo el malestar que le implicaba estar en un país que no conocía, ya que él había migrado a Estados Unidos a los 2 años de edad, le generó mucha tristeza e influyó para que aumentara su consumo de diversas sustancias psicoactivas.

Aquí [México] como no conocía a nadie, me sentí libre, me ganó la tristeza. Mi esposa me dejó cuando yo estaba aquí, mi esposa es nacida en Estados Unidos, mi exesposa. Cuando ella me dejó, jamás había sentido algo así, ella sabía la situación de mis problemas porque me regresaron y vine y me ganó la tristeza. No tenía ni la menor idea de cómo iba a iniciar aquí, quería una solución a todos mis problemas y regresarme a Estados Unidos. Cuando mi esposa se fue yo me dediqué a tirarme a la droga, empecé a fumar piedra, cinco, seis días sin parar, metanfetaminas. Pero aquí fue donde conocí lo que es drogarse hasta perder todo, vender tu tele, vender tus zapatos... lo perdí todo. (Hombre, 35 años)

Cabe destacar que la mala situación económica en México provoca que las personas vean la deportación de manera muy trágica porque regresan a un país con un menor ingreso, reduciendo la posibilidad de tener una mayor calidad de vida. Perpetuando así, el deseo de volver a vivir el sueño americano.

Desde antes de que me fuera a Estados Unidos yo ya tenía problemas con la bebida, pero cuando regresé se me dio más porque regresé con mis cinco hijos sin dinero y pues, regresé a un cuarto, con mucha pobreza. Cuando estuve trabajando en Estados Unidos en diferentes estados fue uno de mis mejores tiempos [...] Todavía hace

unos años, pocos, pensaba en regresar y hacer cosas, siempre me quedé con la idea de querer andar por allá. (Hombre, 70 años)

En adición, como la deportación es percibida como un evento contraproducente, llega a influir en la autoestima de manera negativa.

Cuando mi esposa me venía a buscar, ella sin necesidad, tiene ambición, quiere viajar, no sé qué es lo que veía en mí, mucho tiempo estuvo ciega y me venía a buscar, convivió conmigo aquí y todo ese pedo. (Hombre, 35 años)

Reinserción social y laboral

La reinserción es vista como un proceso complicado, ya que, al retornar la mayoría de las personas no cuentan con vivienda, trabajo, acceso a servicios de salud y una red de apoyo. Como se mencionaba, esta incertidumbre influye para desarrollar o acrecentar ciertos trastornos psicológicos como ansiedad, estrés, depresión y consumo de sustancias psicoactivas. Una red de apoyo es crucial en este proceso, la siguiente cita muestra como el participante dejó de consumir y mucha de su sintomatología depresiva se disminuyó tras conocer a gente con un proyecto de vida, motivándolo a buscar nuevas formas de trabajo.

Tuve que hacer un cambio de vida muy grande, tuve que empezar a juntarme con gente que tienen ambición, que tienen sueños, para vivir muy tranquilo y a gusto [...].

Empecé a hallar una manera de mantenerme ocupado, me hice cocinero del anexo y yo les daba de comer a los demás, así no tenía que ir a las juntas de Alcohólicos

Anónimos porque las encontraba muy aburridas. Y a los tres meses alguien me llevó a trabajar de limpieza en el metro en la noche y estaba en el anexo, tienes permiso de trabajar, pero regresas al anexo. Como al mes de estar ahí alguien me ofreció trabajo

en la construcción y empecé a conocer a la gente y a convivir con ellos. (Hombre, 35 años)

Acceso a los servicios de salud tras la deportación

La reinserción laboral y social se ve limitada por no tener un servicio médico y no poder costear los medicamentos de manera privada. Un participante relató que todo este proceso se vio dificultado porque no contaba con documentos oficiales, únicamente poseía una hoja con su diagnóstico clínico, por lo que duró más de medio año sin seguro social y, por ende, sin recibir medicamento para tratar su esquizofrenia. Al momento de la entrevista él contaba con servicio médico; no obstante, el fármaco que se le recetó en Estados Unidos para tratar su trastorno, no puede ser recetado de manera habitual en México. El participante mencionó que tener un seguimiento adecuado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) era prácticamente imposible debido a que la quetiapina, fármaco prescrito, únicamente lo tenían disponible cada 6 meses y la caja con medicamentos le duraba sólo 15 días.

Paternidad y maternidad a distancia a causa de la deportación

Ser padre o madre a distancia es otro de los factores que hacen a la deportación un proceso temido. En las siguiente cita se observa la diferente manera en la que se manejan la paternidad y maternidad después de la deportación. En la primera cita se muestra un menor malestar psicológico, relacionado con tener hijos mayores de edad y ya no tener un rol de proveedor.

Entrevistada: ¿Es complicado cuidar a tus hijos viviendo en México?

Participante: Mis hijos ya están grandes, uno de ellos está en la *navy*, mis hijas ya tienen sus trabajos y la menor va en la universidad, ya ganan su dinero, no necesitan de mi (Hombre, 54 años).

En contraste, se observa un mayor malestar psicológico por parte de una participante, ya que no ha podido no así la comunicación actual con su hijo menor de edad e imposibilitando la idea de una futura reunificación familiar.

Mi hijo y yo no hablamos diario, hablamos muy poco [...] me siento triste, muy triste, mis hijas están conmigo, pero mi otro hijo se quedó, pues a veces tengo que sacar de las fuerzas corazón porque mis hijas tienen que comer y la vida tiene que seguir [...] Mis hijas me dicen: “Extraño a mi hermanito”, y yo les digo: “Si mi amor, pero ¿qué hago?, él decidió quedarse con su papá, a él no le gusta México.

(Mujer, 48 años)

Resultados mixtos

A través de los resultados cuantitativos del ASSIST se identificó que 4 de 17 participantes reportaron un consumo de metanfetaminas alguna vez en su vida. En adición, en la mayoría de los participantes se reportó un nivel de riesgo bajo en el consumo de alcohol, tabaco, mariguana, cocaína, anfetaminas, benzodiazepinas, metanfetaminas, inhalantes, alucinógenos y opiáceos. Únicamente un participante mostró un nivel de riesgo alto en el consumo de metanfetaminas. Por medio de las entrevistas se exploraron las experiencias de consumo de las sustancias psicoactivas más consumidas por cada uno de los participantes. Se identificó que aquellos que reportaron un nivel de riesgo bajo, se encontraban en abstinencia desde hace un año, mínimo. Aquel participante que obtuvo

riesgo alto en el consumo de metanfetaminas mencionó estar en abstinencia desde hace un mes, al momento de la entrevista.

A través de la relación entre los relatos de los participantes, el consumo alguna vez en la vida reportado en el ASSIST y los factores sociodemográficos como la edad migratoria, el motivo y el tipo de agresiones experimentadas en Estados Unidos, se identificó la historia de consumo. Todos los participantes entrevistados que consumieron previamente a la migración o iniciaron su consumo en Estados Unidos, mencionaron que tras la deportación incrementaron su consumo de cristal, alcohol, crack, tabaco, inhalantes, tranquilizantes, anfetaminas, marihuana, benzodiacepinas, alucinógenos u opiáceos.

Las entrevistas permitieron abordar las consecuencias laborales, sociales, económicas, legales, físicas y psicológicas que experimentaron cuando padecían el trastorno por consumo de sustancias; permitiendo así, complementar la información obtenida en el ASSIST, ya que este instrumento está diseñado únicamente para conocer el nivel de riesgo del consumo actual. Asimismo, las experiencias relatadas durante la rehabilitación como la abstinencia y las recaídas, así como el estigma y la comorbilidad en relación con el consumo de sustancias psicoactivas, fueron conocidos únicamente por medio de las entrevistas.

Por medio de las entrevistas se logró abordar dimensiones que no podían ser identificadas únicamente a través del cuestionario, como el impacto emocional, la reinserción laboral y social tras la deportación. Ya que el promedio de los participantes retornó a la ZMVM hace 8 años y el malestar emocional después de la deportación se experimentó en el primer año de su retorno. Los inventarios de depresión y ansiedad de Beck, así como la escala de desesperanza de Beck únicamente evalúan la sintomatología ansiosa y depresiva actual; por lo que, el malestar emocional que experimentan en la

actualidad puede no estar directamente relacionado con la deportación. Por último, se observó una asociación entre los resultados obtenidos en la escala multidimensional de apoyo social percibido y los relatos que describieron el apoyo percibido por familiares y otras personas significativas durante su rehabilitación.

Discusión

La fase de retorno es aquella donde los individuos regresan a su lugar de origen, es vista como una determinante social que puede afectar la salud, ya que los repatriados experimentan altos niveles de angustia posiblemente a causa de diversos estresores ligados con sus características sociodemográficas y psicosociales como problemas económicos, emocionales, sociales y ambientales (Albicker & Velasco, 2016; Ojeda et al., 2011). Este estudio describe los factores psicosociales, sociodemográficos y los patrones de riesgo por consumo actual en mexicanos que vivieron en Estados Unidos y actualmente residen en la ZMVM. Los datos obtenidos analizan la sintomatología ansiosa, depresiva, la desesperanza y el apoyo social percibido, así como los factores sociodemográficos relacionados con el consumo de diversas sustancias psicoactivas desde una metodología mixta.

Se identificó en los relatos de los participantes que consumieron previamente a la migración o iniciaron su consumo en Estados Unidos que, al ser deportados de dicho país, su nivel de riesgo de consumo incrementó, aumentando la frecuencia de consumo y en algunos casos, diversificándolo. Como se observó en el estudio realizado por X. Zhang et al. (2015), donde los hombres y mujeres que retornaron involuntariamente a México, tuvieron una mayor proporción de consumo de marihuana, cocaína, cristal y metanfetaminas. Cabe destacar que, en el primer año de retorno, los participantes mostraron diversos tipos de consecuencias. Sin embargo, aquellos que consumieron cristal se

involucraron en más conductas de riesgo como peleas callejeras y venta de drogas en relación con los que consumieron únicamente alcohol o cocaína (Ojeda et al., 2011; Rodríguez-Montejano et al., 2015).

Respecto a las características del retorno, en esta muestra cerca de la mitad de los participantes indicaron que su tipo de retorno fue involuntario. Bojorquez et al. (2014) observaron que los individuos que son deportados de Estados Unidos tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno mental en los primeros tres meses de haber sido retornados a México. En el presente estudio se encontraron datos que van de acuerdo con lo encontrado por los autores; esto se ve ejemplificado por el participante que reportó un incremento de manera considerable en su consumo de diversas sustancias psicoactivas al mes de haber sido deportado y experimentar el malestar de estar en un país que no conocía, ya que él había migrado a Estados Unidos a los 2 años de edad.

Los datos permitieron conocer que las personas que son deportadas pueden presentar un malestar emocional como sintomatología depresiva severa, sintomatología ansiosa severa y desesperanza moderada, al no contar con dinero suficiente para subsistir mientras encuentran una fuente de ingreso en México, no tener un proyecto de vida claro y la duda de poder desarrollar una calidad de vida similar a la que tenían en Estados Unidos. Estos resultados coincidieron con Wheatley (2017), Albicker & Velasco (2016), Jurado et al. (2017) y Zimmerman et al. (2011). Al igual que en el estudio realizado por Romo-Martínez et al. (2018), se empleó la escala de desesperanza de Beck y se observaron resultados similares en el nivel de desesperanza que obtuvieron los participantes con un retorno involuntario. Los relatos de separación de familiares por los procesos de deportación que se asociaron con problemas de consumo de sustancias y salud mental van de acuerdo con lo reportado por Rocha et al. (2013) y Torre (2019). Asimismo, esos

periodos de crisis se pueden acrecentar por la falta de acceso al sistema de salud (Fernández-Niño et al., 2014). Participantes del presente estudio mencionaron haber requerido atención psicofarmacológica por trastornos diagnosticados en Estados Unidos y no haber podido recibirla por falta de documentación.

Se identificó que el apoyo social percibido principalmente en familiares y amigos puede estar relacionado con un menor riesgo de consumo de sustancias psicoactivas como se observó en los estudios de Horyniak et al. (2017) y Ojeda et al. (2011).

Con base en los resultados obtenidos, los flujos de personas deportadas a México que actualmente residen en la ZMVM esta compuesto en su mayoría por hombres de 42 años, sin pareja y con un nivel de estudio medio. Dichos resultados muestran similitud con Romo- Martínez et al. (2018) y Peña Muñoz (2015). Asimismo, se observó que los motivos de migración fueron incrementar la calidad de vida, la reunificación familiar y conocer Estados Unidos, como se muestra en el estudio de Romo- Martínez et al. (2018) y en el Boletín de indicadores EMIF norte 2020 (El Colegio de la Frontera Norte, 2020).

Con respecto al retorno, poco menos de la mitad de los participantes tuvo un retorno involuntario y fueron deportados a México, dicho resultado muestra similitud con el Colegio de la Frontera Norte (2020), donde más de la mitad de la muestra tuvo un retorno involuntario. Cabe destacar que los participantes en el presente estudio reportaron una mediana de 8 años viviendo en la ZMVM, contrastando con lo obtenido por el Colegio de la Frontera Norte (2020) en donde el tiempo de estancia en México de la muestra osciló entre los tres meses al año.

Este estudio presenta diversas limitaciones. Primero, debido a que el diseño y la recolección de datos fueron durante 2020 y 2021, las restricciones sanitarias relacionadas con la pandemia por COVID-19, impidieron realizar trabajo de campo y el acercamiento

con los participantes y las organizaciones fue a través de llamadas y mensajes por diversas redes sociales. No obstante, el acercamiento con la población se vio dificultado porque ciertas organizaciones solicitaban incentivos para que las personas participaran. Estas dificultades en el muestreo, así como en el cronograma del proyecto en el cual está inmersa esta tesis, implicaron que se optara por modificar la metodología incorporando el diseño cualitativo para conocer con mayor profundidad las experiencias de la muestra que, de forma únicamente cuantitativa, hubiera sido insuficiente. Por esto, los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a otra clase de personas retornadas en México. Sin embargo, la posibilidad de analizar simultáneamente los datos cualitativos y cuantitativos, permitió complementar y validar los datos facilitando el entendimiento de las implicaciones psicosociales en los procesos migratorios y el nivel de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas durante el retorno a México. Segundo, se realizó una adaptación de las opciones de respuesta tipo Likert a opciones de respuesta dicotómicas de la escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS) elaborada por Zimet, por lo que no es posible interpretar los datos según las dimensiones propuestas. Por esto, se recomienda utilizar el MSPSS traducido por Landeta & Calvete (2002) sin adaptaciones, con la finalidad de medir de manera más específica y efectiva el constructo de apoyo social percibido. Tercero, es posible que algunas de las preguntas de la entrevista semiestructurada hayan sesgado las respuestas de los participantes. Se sugiere elaborar una guía de preguntas más específica para evitar realizar preguntas sesgadas durante las entrevistas.

Conclusión

Los resultados sugieren que los mexicanos con un historial de consumo de diversas sustancias psicoactivas, que vivieron en Estados Unidos y actualmente residen en la

ZMVM por un proceso de deportación, incrementaron y diversificaron su consumo a un nivel de riesgo alto a los pocos meses de retornar a México por falta de recursos económicos, vivienda, empleo y servicios médicos; aunado al aumento en la sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, desesperanza y la falta de percepción de apoyo en los familiares, amigos u otras personas significativas. Este consumo exacerbado puede generar diversas consecuencias económicas, laborales, sociales, legales, físicas y psicológicas, al grado de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias, dificultándose aún más su reinserción social en México. Es relevante señalar que la severidad de la sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y desesperanza pudiera variar en función del tiempo de deportación, según lo observado en los relatos de los participantes. Los resultados describen los factores psicosociales y sociodemográficos asociados con el patrón de consumo, sirviendo como base para próximos estudios que aborden a esta población. La deportación al ser un factor determinante de la salud, es un fenómeno que debe ser analizado por los profesionales de la salud con la finalidad de reducir el riesgo de desarrollar enfermedades físicas y psicológicas.

Referencias

- Achotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. In *Medicina y cultura* (pp. 88–100). Editorial Bellaterra.
- Achotegui, J. (2006). Estrés Límite Y Salud Mental : El Síndrome Del Inmigrante Con Estrés Crónico Y Múltiple (Síndrome De Ulises) Extreme Stress and Mental Health : Immigrant Syndrome With Chronic and Multiple Stress (the Ulysses Syndrome). *Migraciones*, 19(2006), 59–60.
- Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés

- crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Gaceta Médica de Bilbao*, 106(4), 122–133.
[https://doi.org/10.1016/s0304-4858\(09\)74665-7](https://doi.org/10.1016/s0304-4858(09)74665-7)
- Aguilar Rodríguez, C. J., Solís, N. M., & Gutiérrez Vega, M. (2016). Ansiedad en adolescentes migrantes : un estudio en la frontera norte de México. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 21(2), 177–182.
<http://www.redalyc.org:9081/articulo.oa?id=29248181008>
- Alarcón, R., Cruz, R., Díaz-bautista, A., González-könig, G., Izquierdo, A., & Mae, F. (2008). *La crisis financiera en Estados Unidos y su impacto*. 193–210.
- Albicker, S. L. (2014). *Identidades Narrativas y Estigma: Deportados en el Bordo de Tijuana*. El Colegio de la Frontera Norte.
- Albicker, S. L., & Velasco, L. (2016). Deportation and stigma on the Mexico-U.S. Border: Trapped in Tijuana. *Norteamerica*, 11(1), 99–129.
<https://doi.org/10.20999/nam.2016.a004>
- Allen, B., Cisneros, E. M., & Tellez, A. (2015). The Children Left Behind: The Impact of Parental Deportation on Mental Health. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 386–392. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9848-5>
- American Psychiatric Association. (2014a). Trastornos de ansiedad. In *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (pp. 129–144). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2014b). Trastornos depresivos. In *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (pp. 103–128). American Psychiatric Publishing.
- Ayvar Campos, F., & Arévalos, E. (2014). El flujo migratorio en México: un análisis histórico a partir de indicadores socioeconómicos. *Cimexus*, 9(2), 71–90.
- Bojorquez, I., Aguilera, R. M., Ramírez, J., Cerecero, D., & Mejía, S. (2014). Common Mental Disorders at the Time of Deportation: A Survey at the Mexico–United States

- Border. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(6), 1732–1738.
<https://doi.org/10.1007/s10903-014-0083-y>
- Borges, G., Cherpitel, C. J., Orozco, R., Zemore, S. E., Wallisch, L., Medina-Mora, M. E., & Breslau, J. (2016). Substance use and cumulative exposure to American society: Findings from both sides of the US-Mexico border region. *American Journal of Public Health*, 106(1), 119–127. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302871>
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Breslau, J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2007). The effect of migration to the United States on substance use disorders among returned Mexican migrants and families of migrants. *American Journal of Public Health*, 97(10), 1847–1851. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.097915>
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Fleiz, C., Cherpitel, C., & Breslau, J. (2009). The Mexican migration to the United States and substance use in northern Mexico. *Addiction*, 104(4), 603–611. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02491.x>
- Bustamante, L., Flores, A., & Shah, S. (2019). *Facts on Hispanics of Mexican origin in the United States, 2017*. Pew Research Center.
<https://www.pewresearch.org/hispanic/fact-sheet/u-s-hispanics-facts-on-mexican-origin-latinos/>
- Camberos Castro, M., & Bracamontes Nevárez, J. (2015). Las crisis económicas y sus efectos en el mercado de trabajo, en la desigualdad y en la pobreza de México. *Contaduría y Administración*, 60, 219–249. <https://doi.org/10.1016/j.cya.2015.05.003>
- Canales, A. I. (2012). La migración mexicana frente a la crisis económica actual: crónica de un retorno moderado. *REMHU : Revista Interdisciplinaria Da Mobilidade Humana*, 20(39), 117–134. <https://doi.org/10.1590/s1980-85852012000200007>
- Candia, J. M. (2019). *Latinoamericanos en USA : De la propuesta de Obama al desafío de*

Donald Trump Latin Americans in the USA : From Obama ' s Proposal to Donald Trump ' s Challenge Latinoamericanos nos EUA : Da proposta de Obama ao desafio de Donald Trump Migración Mexicana . 6, 197–212.

Cardoso, J. B. (2018). Running to stand still: Trauma symptoms, coping strategies, and substance use behaviors in unaccompanied migrant youth. *Children and Youth Services Review, 92*(April), 143–152. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.04.018>

Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. (2009). *La Crisis Financiera de los Estados Unidos y su impacto en México.*

Cobb, C. L., & Xie, D. (2015). Structure of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support for Undocumented Hispanic Immigrants. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 37*(2), 274–281. <https://doi.org/10.1177/0739986315577894>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2008). *Migración.*
<https://www.cepal.org/es/temas/migracion>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2009). *Informe Especial sobre los Casos de Secuestro en contra de Migrantes.* 1–49.

Conceptos Jurídicos. (2020). *Estado civil.* Conceptos Jurídicos.
<https://www.conceptosjuridicos.com/mx/estado-civil/>

Corchado, A. (2018). Mexicanos deportados intentan rehacer su vida en Ciudad de México. *The Dallas Morning News.*

Córdova Osnaya, M. (2011). Consistencia interna y estructura factorial de la Escala de Desesperanza de Beck en estudiantes mexicanos. *Revista de Psicología, 29*(2), 289–309. <https://doi.org/10.18800/psico.201102.005>

Corona Vázquez, R. (1993). La migración de mexicanos a los Estados Unidos: cambios en la década de 1980- 1990. *Revista Mexicana de Sociología, 55*(1), 213–233.

- Correa, E. (2010). *México , crisis económica y financiera*. 86–107.
- Creswell, J. (2014). *Research design* (Cuarta edi).
- De Conceptos. (2020). *Ocupación laboral*. De Conceptos.
<https://deconceptos.com/ciencias-sociales/ocupacion>
- De la Luz Juárez, G., Sánchez Daza, A., & Zurita González, J. (2014). La crisis financiera internacional de 2008 y algunos de sus efectos económicos sobre México. *Contaduría y Administración*, 60, 128–146.
- Department of Homeland Security. (2019). *2017 Yearbook of Immigration Statistics*.
- Department of Homeland Security. (2020). *Estados Unidos y México Continúan la Iniciativa de Repatriación al Interior de México*. U.S. Customs and Border Protection.
<https://www.cbp.gov/newsroom/national-media-release/estados-unidos-y-m-xico-contin-la-iniciativa-de-repatriaci-n-al>
- Durand, J. (2007). El programa bracero (1942-1964). Un balance crítico. *Migración y Desarrollo*, 9, 27–43.
- El Colegio de la Frontera Norte. (2019). *Encuesta sobre migración en la frontera norte de México. Informe Anual de Resultados 2016*.
- El Colegio de la Frontera Norte. (2020). *Boletín de indicadores EMIF norte octubre-diciembre 2020*.
- Fernández-Niño, J. A., Ramírez-Valdés, C. J., Cerecero-García, D., & Bojorquez-Chapela, I. (2014). Deported Mexican migrants: Health status and access to care. *Revista de Saude Publica*, 48(3), 478–485. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005150>
- Figuroa-Hernández, E., & Pérez-Soto, F. (2011). El proceso de asentamiento de la migración México-estados Unidos. *Papeles de Poblacion*, 17(68), 161–190.
- Figuroa-Hernández, E., Pérez-Soto, F., & Godínez Montoya, L. (2015). La migración y las

- remesas en México : 1980-2010. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 24(47), 20–49.
- Finch, B. K., & Vega, W. A. (2003). Acculturation stress, social support, and self-rated health among Latinos in California. *Journal of Immigrant Health*, 5(3), 109–117. <https://doi.org/10.1023/A:1023987717921>
- Garcini, L., Peña, J., Gutierrez, A., Fagundes, C., Lemus, H., Lindsay, S., & Klonoff, E. (2017). “One Scar Too Many:” The Associations Between Traumatic Events and Psychological Distress Among Undocumented Mexican Immigrants. *Journal of Traumatic Stress*, 30, 453–462. <https://doi.org/10.1002/jts>
- Gómez Ayala, A.-E. (2015). Inmigración y salud mental. *ELSEVIER*, 19(7), 60–63.
- Gómez Charry, Á. (2020). *Las concepciones presidenciales de George W. Bush (2001-2009), Barack Obama (2009-2017) y Donald Trump (2017- presente) sobre la seguridad y su efecto en las políticas migratorias* (Issue Pontificia Universidad Javeriana).
- González- Barrera, A., & Krigstad, J. M. (2016). *U.S immigrant deportations declined in 2014, but remain near recording high*. Pew Research Center. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2016/08/31/u-s-immigrant-deportations-declined-in-2014-but-remain-near-record-high/>
- Gramlich, J. (2020). *How border apprehensions, ICE arrests and deportations have changed under Trump*. Pew Research Center.
- Granados Alonso, O. J., & Reyes Santiago, Z. (2014). *La desesperanza y la dificultad en la regulación emocional como factores de riesgo en la ideación o riesgo suicida en adolescentes de una escuela de nivel medio superior dentro del D.F.*
- Guerrero-Ortiz, M., & Jaramillo-Cardona, M. C. (2015). Deportación y violación de los

derechos del migrante en ambas fronteras. *Convergencia*, 22(69), 85–106.

<https://doi.org/10.29101/crcs.v22i69.3636>

Gutmann, M., McCaa, R., Gutiérrez-Montes, R., Gratton, B., & Orensanz, L. (2000). Los efectos demográficos de la revolución mexicana en Estados Unidos. *JSTOR*, 50(1), 145–165.

Harker, K. (2001). Immigrant generation, assimilation and adolescent psychological well-being. *Social Forces*, 79(3), 969–1002.

Hernández-León, R., & Zúñiga, V. (2016). Introduction to the Special Issue : Contemporary Return Migration from the United States to Mexico – Focus on Children , Youth , Schools and Families. *Mexican Studies/Estudios Mexicanos*, 32(2).
<https://doi.org/10.1525/msem.2016.32.2.171.171>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la investigación*.

Horyniak, D., Pinedo, M., Burgos, J. L., & Ojeda, V. D. (2017). Relationships Between Integration and Drug Use Among Deported Migrants in Tijuana, Mexico. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(5), 1196–1206. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0518-8>

Human Rights Watch. (2017). *Los deportados*.

Instituto Nacional de las Mujeres. (2007). *La migración México- Estados Unidos: un enfoque de género*.

Jurado, D., Alarcón, R. D., Martínez-Ortega, J. M., Mendieta-Marichal, Y., Gutiérrez-Rojas, L., & Gurpegui, M. (2017). Factors associated with psychological distress or common mental disorders in migrant populations across the world. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 10(1), 45–58.

<https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2017.02.004>

Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998).

La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26–31.

Kallio, E. (2016). *Human migration: implications and opportunities for conservation*.

Lee, J., Hong, J., Zhou, Y., & Robles, G. (2020). The Relationships Between Loneliness,

Social Support, and Resilience Among Latinx Immigrants in the United States.

Clinical Social Work Journal, 48(1), 99–109. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00728-w>

Levine, E. (2015). ¿Por Qué Disminuyó La Migración México-Estados Unidos a Partir De 2008? *Problemas Del Desarrollo*, 46(182), 9–40.

<https://doi.org/10.1016/j.rpd.2015.02.001>

Lorenzo-Blanco, E. (2012). Acculturation, Enculturation, and Symptoms of Depression in

Hispanic Youth: The Roles of Gender, Hispanic Cultural Values, and Family

Functioning Elma. *Journal Youth Adolescence*, 42(10), 1350–1365.

<https://doi.org/10.1007/s10964-012-9774-7>.Acculturation

Márquez, E. (2021). *Situación laboral*. Mi Trabajo News.

<https://www.mitrabajo.news/reclutadores/Que-es-la-situacion-laboral-que-tipos-hay-y-ejemplos-de-ella-20210815-0007.html>

Martinez-Donate, A. P., Hovell, M. F., Rangel, M. G., Zhang, X., Sipan, C. L., Magis-

Rodriguez, C., & Gonzalez-Fagoaga, J. E. (2015). Migrants in transit: The importance

of monitoring HIV risk among migrant flows at the Mexico-US border. *American*

Journal of Public Health, 105(3), 497–509.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302336>

- Martínez Caballero, G. (2020). Estadísticas migratorias síntesis 2020. In *Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas/ Subsecretaría de Derechos Humanos, Población y Migración*.
- Martínez Fierro, C., Parco Fernández, E., & Yalli Clemente, A. (2018). *Factores sociodemográficos que condicionan la sobrecarga en el cuidador primario del paciente pediátrico con leucemia en un instituto especializado*.
- Martínez Pizarro, S. (2019). Mental disorders in immigrants: Why are they produced and how to avoid them? *Revista Científica de La Sociedad Española de Enfermería Neurologica*, 50, 39–40. <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2019.09.001>
- Méndez, P. B., & Barra, E. (2008). Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores. *Psyche*, 17(1), 59–64.
- Montoya-Ortiz, M. S., & González-Becerril, J. G. (2015). Evolución de la migración de retorno en México: Migrantes procedentes de Estados Unidos en 1995 y de 1999 a 2014. *Papeles de Poblacion*, 21(85), 47–78.
- Moreno, J., & Armendares, P. (2019). La política migratoria de Trump : antecedentes y consecuencias para los migrantes mexicanos y sus comunidades Trump ´ s migration policy : background and consequences for Mexican migrants and their communities. *México y La Cuenca Dl Pacífico*, 8, 9–31.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-53082019000100009&script=sci_arttext
- Morgenfeld, L. (2016). Estados Unidos: Trump y la reacción xenófoba contra la inmigración hispana. *Conflicto Social*, 9(16), 15–33.
<https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/CS/article/view/2158>
- Muñoz, N. M. (1998). El tratado de libre comercio de America del norte y la integracion

- hemisferica: Realidad e incertidumbres. *Labour, Capital and Society*, 31(1–2), 179–195.
- Muzaffar, C., & Pierce, S. (2020). Trump’s promise of millions of deportations is yet to be fulfilled. *Migration Policy Institute*.
- Naderifar, M., Goli, H., & Ghaljaie, F. (2017). Snowball Sampling: A Purposeful Method of Sampling in Qualitative Research. *Strides in Development of Medical Education*, 14(3). <https://doi.org/10.5812/sdme.67670>
- Niño Coronado, M. T. (2018). *Políticas migratorias estadounidenses (2001-2018). Una mirada hacia el realismo*.
- Nowrasteh, A. (2019). *Deportation Rates in Historical Perspective*. CATO Institute. <https://www.cato.org/blog/deportation-rates-historical-perspective>
- Núñez, S. (2008). Causas y efectos de la migración internacional. *Perspectivas*, 22, 161–180. <https://www.redalyc.org/pdf/4259/425942158006.pdf>
- Ojeda, V. D., Robertson, A. M., Hiller, S. P., Lozada, R., Cornelius, W., Palinkas, L. A., Magis-Rodriguez, C., & Strathdee, S. A. (2011). A qualitative view of drug use behaviors of Mexican male injection drug users deported from the United States. *Journal of Urban Health*, 88(1), 104–117. <https://doi.org/10.1007/s11524-010-9508-7>
- Olvera, S. G. (2012). MIGRACIÓN MÉXICO – ESTADOS UNIDOS EN CIFRAS (1990 – 2011). *Migración y Desarrollo*, 10, 101–138.
- Organización Internacional para las Migraciones. (2006). *Glosario sobre migración*.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias*.
- Orozco Vargas, A. E. (2013). Migración y estrés aculturativo: una perspectiva teórica sobre aspectos psicológicos y sociales presentes en los migrantes latinos en Estados Unidos.

- Norteamérica*, 8(1), 7–44. <https://doi.org/10.20999/nam.2013.a001>
- P. Del Ángel, Flores, E., L. M., Moreno, J., B. N., & Siu, E. (2012). *Violaciones a derechos humanos de personas migrantes mexicanas detenidas en los Estados Unidos 2011-2012*. 1–71.
- Padrós Blázquez, F., Montoya Pérez, K. S., & Bravo Calderón, M. A. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y Estrés*, 26, 181–187.
- Peña Muñoz, J. J. (2015). Perfil laboral de migrantes mexicanos deportados e inserción laboral en México. *Migración y Desarrollo*, 13(24), 167–184.
<https://doi.org/10.35533/myd.1324.jjpm>
- Pérez-Soria, J. (2017). Migrantes mexicanos en los Estados Unidos: Una revisión de la literatura sobre integración, segregación y discriminación. *Estudios Fronterizos*, 18(37), 1–17. <https://doi.org/10.21670/ref.2017.37.a01>
- Pinedo, M., Luis, J., Luisa, M., & Perez, R. (2018). *Deportation and mental health among migrants who inject drugs along the US – Mexico border*. 13(2), 211–226.
- Potochnick, S., & Perreira, K. (2010). Depression and Anxiety among First-Generation Immigrant Latino Youth: Key Correlates and Implications for Future Research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(7), 470–477.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e4ce24>.Depression
- Quesada, O. V. (2018). Migración Legal en Estados Unidos: actitudes de los migrantes de origen latino en el contexto de las políticas migratorias y repatriaciones a mexicanos durante el periodo 1995-2017. *Anuario Centro de Investigación y Estudios Políticos*, 8(0), 138–167.
- Quitian, R., & Garavito Ariza, C. (2015). Los factores psicosociales y su relación con las

enfermedades mentales. *Gestión de Las Personas y Tecnología*, 24, 30–37.

www.revistagpt.usach.cl

Real Académica Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. Real Académica Española. <https://dle.rae.es/contenido/la-vigesimotercera-edicion>

Rocha, D., Marco, R., & Ocegueda, T. (2013). *Después de tantos años me deportaron . Proceso de identificación y deportación de mujeres inmigrantes no delincuentes*. 14, 9–34.

Rodríguez-Montejano, S., Ojeda, V. D., Valles-Medina, A. M., & Vargas-Ojeda, A. (2015). Acculturative trajectories descriptions and implications for health among 12 Mexican deported women who inject drugs. *Salud Mental*, 38(6), 409–416. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.055>

Rodríguez-Montejano, S., Ojeda, V. D., Valles-Medina, A. M., & Vargas-Ojeda, A. (2015). Acculturative trajectories descriptions and implications for health among 12 Mexican deported women who inject drugs. *Salud Mental*, 38(6), 409–416. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.055>

Romo-Martínez, P., Salcedo-Rodríguez, P. E., Fomina, A., Sandoval-Aguilar, M., Zumaya, N., Cortazar, L. A., Reyes, P. A., Díaz-Ramírez, J. B., & Jiménez-Mendoza, A. (2018). Prevalencia de desesperanza y factores sociodemográficos de migrantes mexicanos repatriados. *Enfermería Universitaria*, 15(1). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.62908>

Salas-Wright, C. P., Vaughn, M. G., Clark Goings, T. T., Córdova, D., & Schwartz, S. J. (2018). Substance use disorders among immigrants in the United States: A research update. *Addictive Behaviors*, 76(August 2017), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.08.014>

- Sánchez–Huesca, R., & Arellanez–Hernández, J. L. (2011). Uso de drogas en migrantes mexicanos captados en ciudades de la frontera noroccidental México–Estados Unidos. *Estudios Fronterizos*, 12(23), 9–26. <https://doi.org/10.21670/ref.2011.23.a01>
- SEGOB. (2020). *Boletín de Indicadores EMIF Norte Enero- Marzo 2020*. <http://www.fen.org.es/mercadofen/pdfs/merluza.pdf>
- Solís, D. V., & García, C. (n.d.). *La política antimigrante de Barack Obama y el programa Frontera Sur : consecuencias para la migración centroamericana*.
- Tong, E., Saito, N., Tancredi, D. J., Borges, G., Kravitz, R. L., Hinton, L., Aguilar-Gaxiola, S., Medina-Mora, M. E., & Breslau, J. (2012). A transnational study of migration and smoking behavior in the Mexican-origin population. *American Journal of Public Health*, 102(11), 2116–2122. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300739>
- Torrades, S. (2007). Estrés y burn out. *Offarm: Farmacia y Sociedad*, 26(10), 104–107.
- Torre, E., & Rodríguez, M. (2019). Paternidades a distancia: Malestares de padres separados de sus hijas e hijos tras la deportación. *Estudios Fronterizos*, 20, 1–23. <https://doi.org/10.21670/ref.1902023>
- Torres López, T. M., López López, J. L., Mercado Ramírez, M. A., & Tapia Curiel, A. (2014). Vivencias de migrantes mexicanos sobre estados emocionales experimentados durante su proceso migratorio y el consumo de alcohol y drogas. *Estudios Fronterizos*, 15(29), 247–270. <https://doi.org/10.21670/ref.2014.29.a08>
- Tuirán, R. (2000). Las causas de la migración hacia Estados Unidos. In *Migración México-Estados Unidos. Presente y futuro* (pp. 32–34).
- USA Corp. (2020). *Récord migratorio*. USA Corp. <https://tramitesdeinmigracionusacorp.com/record-migratorio/>
- Valdespino-Morales, S. D. (2018). *La deportación de migrantes indocumentados*

mexicanos en los gobiernos de George W. Bush y Barack Obama: su proyección al gobierno de Donald Trump y la respuesta del gobierno mexicano. Universidad Nacional Autónoma de México.

Valdivia Sánchez, C. (Universidad D. D. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue Du REDIF*, 1, 15–22.

Vega, W. A., Kolody, B., & Valle, J. R. (1987). Migration and mental health: an empirical test of depression risk factors among immigrant Mexican women. *International Migration Review*, 21(3), 512–530. <https://doi.org/10.2307/2546608>

Velasco, L., & Coubès, M. L. (2013). *Reporte Sobre Dimensión, Caracterización Y Áreas De Atención a Mexicanos Deportados Desde Estados Unidos.* www.colef.mx/emif.

Velázquez García, J. M. (2013). *La Migración de Mexicanos a los Estados Unidos, 2000-2010: Impacto Social, Económico y Político en Ambos Lados de la Frontera, Evidencias Recientes.*

Verduzco, G. (2000). La migración mexicana a Estados Unidos. Estructuración de una selectividad histórica. *Migración México-Estados Unidos: Continuidad y Cambio.*, 12–32.

Verea Campos, M. (2018). *Trump: el presidente antiinmigrante “mexicanóforo” y antimusulmán.*

Vestri, G. (2020). Migratory flows in the Mexico-United States Corridor: Conjunctures and challenges in the Lopez Obrador and Trump era. *Revista de Estudos Constitucionais, Hermeneutica e Teoria Do Direito*, 12(1), 128–146.

<https://doi.org/10.4013/rechtd.2020.121.07>

Vila-Freyer, A. (2020). **Movilidad Humana, Territorio y Políticas Migratorias: Una introducción**
Human Mobility, Territory and Migration Policies: An

Introduction. Ciencias Sociales y Humanidades, 4(1), 7–12.

<https://doi.org/10.36829/63chs.v4i1.862>

Watson, T. (2021). *Immigrant deportations during the Trump administration*.

ECONOFACT.

Wheatley, C. (2017). Deportation and Return in a Border-Restricted World. *Deportation and Return in a Border-Restricted World, April 2017*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-49778-5>

Yankelevich, P. (2012). Revolución e inmigración en México (1908 -1940). *Anuario Digital*, 3, 40–71.

Zhang, S., Zhang, Y., & Yuan, B. (2019). [Mediating effect of self-esteem and empathy on the relationship between loneliness and cyber-bullying in middle and high school students in Liaoning Province]. *Wei sheng yan jiu = Journal of hygiene research*, 48(3), 446–457.

Zhang, X., Martinez-Donate, A. P., Nobles, J., Hovell, M. F., Rangel, M. G., & Rhoads, N. M. (2015). Substance Use Across Different Phases of the Migration Process: A Survey of Mexican Migrants Flows. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(6), 1746–1757. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0109-5>

Zhang, X., Rhoads, N., Rangel, M. G., Hovell, M. F., Magis-Rodriguez, C., Sipan, C. L., Gonzalez-Fagoaga, J. E., & Martínez-Donate, A. P. (2017). Understanding the Impact of Migration on HIV Risk: An Analysis of Mexican Migrants' Sexual Practices, Partners, and Contexts by Migration Phase. *AIDS and Behavior*, 21(3), 935–948. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1622-4>

Zimmerman, C., Kiss, L., & Hossain, M. (2011). Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Medicine*, 8(5).

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001034>

Zong, J., & Batalova, J. (2018). *A profile of current DACA recipients*. Mexican Immigrants in the United States in 2017. <https://www.migrationpolicy.org/article/mexican-immigrants-united-states-2017>

Zurita González, J., Martínez Pérez, J. F., & Rodríguez Montoya, F. (2009). La crisis financiera y económica del 2008. Origen y consecuencias en los Estados Unidos y México. *El Cotidiano*, 157, 17–27.