



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

Doctorado en Ciencias de la Salud  
Campo Disciplinario en Salud Mental Pública

Facultad de Medicina  
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

**PRÁCTICAS DE AUTOATENCIÓN DEL MALESTAR EMOCIONAL  
EN INMIGRANTES MEXICANOS INDOCUMENTADOS EN ESTADOS UNIDOS**

TESIS  
que para optar por el grado de  
Doctora en Ciencias  
Presenta

**Midiam Moreno López**

**Tutora:**  
**Dra. Luciana Ramos Lira**  
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

**Comité tutor:**  
**Dra. Shoshana Berenson**  
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

**Dr. Fernando Wagner**  
Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Maryland en Baltimore

**Ciudad Universitaria, Ciudad de México, enero 2024**



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.



**PROTESTA UNIVERSITARIA DE INTEGRIDAD Y  
HONESTIDAD ACADÉMICA Y PROFESIONAL**

(Graduación con trabajo escrito)

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 87, fracción V, del Estatuto General, 68, primer párrafo, del Reglamento General de Estudios Universitarios y 26, fracción 1 y 35 del Reglamento General de Exámenes, me comprometo en todo tiempo a honrar a la Institución y a cumplir con los principios establecidos en el Código de Ética de la Universidad Nacional Autónoma de México, especialmente con los de integridad y honestidad académica.

De acuerdo con lo anterior, manifiesto que el trabajo escrito titulado "Prácticas de autoatención del malestar emocional en inmigrantes mexicanos indocumentados en Estados Unidos" que presenté para obtener el grado de Doctora en Ciencias es original, de mi autoría y lo realicé con el rigor metodológico exigido por mi programa de posgrado, citando las fuentes de ideas, textos, imágenes, gráficos u otro tipo de obras empleadas para su desarrollo.

En consecuencia, acepto que la falta de cumplimiento de las disposiciones reglamentarias y normativas de la Universidad, en particular las ya referidas en el Código de Ética, llevará a la nulidad de los actos de carácter académico administrativo del proceso de graduación.

Atentamente

  
\_\_\_\_\_  
(Nombre, firma y número de cuenta de la persona alumna)  
Midiam Moreno López Cta: 518015224

  
\_\_\_\_\_  
Vo. Bo. Tutor principal

## **Agradecimientos**

*A ustedes que, a través de las entrevistas compartieron sus experiencias de vida y a las informantes clave que hicieron posible contactarlos.*

### *Los Libres*

*En los días, los guía el sol. En la noche, las estrellas.*

*No pagan pasaje, y viajan sin pasaporte y sin llenar formularios de aduana ni de migración.*

*Los pájaros, los únicos libres en este mundo habitado por prisioneros, vuelan sin combustible, de polo a polo, por el rumbo que eligen y a la hora que quieren, sin pedir permiso a los gobiernos que se creen dueños del cielo.*

*Eduardo Galeano*

*A todos los inmigrantes indocumentados que en su día a día buscan espacios de libertad en tierra ajena porque en cuestión de sueños e ilusiones no existen fronteras*

*A mi directora de tesis, la Dra. Luciana Ramos, que además de ser mi jefa ha sido una gran amiga y maestra de vida. Luciana, gracias porque tu congruencia me ha enseñado y guiado, no solo en el proceso del doctorado si no en la vida misma. No hay forma de agradecer tu acompañamiento siempre con calidad humana y empatía, sin ti este viaje no sería lo mismo.*

*A la Dra. Shoshana Berenzon*

*Por todas las aportaciones que amablemente me brindó para concluir satisfactoriamente este trabajo.*

*Al Dr. Wagner por todas las facilidades brindadas para poder hacer la estancia académica y realizar el trabajo de campo, su apoyo fue invaluable, gracias infinitas.*

*A mi jurado de examen, la Dra. Alicia Hamui, Dra. Emily Ito, Dra. Blanca Pelcastre y Dra. Jazmín Mora por sus valiosos comentarios y sugerencias a mi trabajo de tesis.*

*A la Mtra. Ma. Teresa Saltijeral por su valioso apoyo en el proceso de análisis y por ser tan maravillosa persona*

*A mis compañeras de seminario de tesis Cintia, Miriam, Karla, Martha, Diana, Vero, gracias por sus lecturas, por sus observaciones y comentarios que enriquecieron mi trabajo. Gracias infinitas por su acompañamiento en este proceso, porque su compañía aligeró la carga.*

*A mis grandes amigas Clara, Marilú, Julia, Amalia, Iliana, Cati y mi amigo Mario porque estuvieron en los momentos más difíciles, tanto en lo personal como en lo académico. Les quiero.*

*Marilú gracias por tu apoyo académico en algunas fases de este proceso y mil gracias por estar en todo momento. Gracias por cuidar de mí, de mis hijas y por ser siempre como mi hermana.*

*Clara, eres fuente de inspiración para mí en lo académico, como mamá, hija, tía, como mujer. Gracias por cruzar conmigo ese momento tan difícil y asegurarme que iba a pasar, tenías razón.*

*A mi tío Juan por ser mi ejemplo a seguir, por mostrarme que estudiar una carrera cuesta e implica mucho esfuerzo y nos da grandes satisfacciones. Gracias*

*A mis papás por su impulso y motivación a estudiar y concluir una carrera, creo que la carrera fue más larga de lo que todos creíamos. Gracias por su esfuerzo, porque sé que el migrar trajo muchos sacrificios, cambios en nuestras vidas, este es uno de los tantos logros. Los quiero mucho.*

*A mis hermanos Jorge, Ulises y Osvaldo porque su apoyo no lo puedo pagar con nada, gracias. A mis cuñadas Aby y Eli, mis sobrinos Alex, Gaby, Cris, Madeline y a los pequeñines, gracias porque cada uno de ustedes me ha enseñado a ver cómo la migración trastoca sus vidas desde distintos ámbitos.*

*A mi hermana y cómplice de vida, Mag gracias por estar a mi lado los primeros 15 años de vida y después aún a la distancia sigues estando. Eres y siempre serás mi hermanita valiente y rebelde que desde pequeña me ha defendido y apoyado. Te quiero mucho Chapis*

*A mi beba hermosa, Mel, que siempre has sido mi asistente personal, compañera de vida, enfermera y ahora hasta niñera. Gracias chaparrita por todo tu apoyo, por tu paciencia, por tu amor infinito, gracias por creer en mí y ser mi mayor motivación siempre.*

*A Miguel porque tu compañía trajo paz a mi vida, por esa tranquilidad que me transmites. Gracias por llegar en el momento adecuado, gracias porque contigo cumplí uno de mis más grandes sueños, volver a ser mamá.*

*A Mich, bebé hermosa que llegó en el momento indicado y vino a colmar nuestras vidas de felicidad.*

*Doy gracias a la vida, gracias a Dios por todo lo vivido, porque este logro no solo es mío, contar con el apoyo de todos los aquí mencionados y muchos más que no señalé fue lo que hizo esto posible.*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), a través del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud.*

*Al Programa de Posgrado de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Maryland en Baltimore.*

Al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, por las facilidades otorgadas como alumna e investigadora en el desarrollo del doctorado.

*Y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONAHCYT) por otorgar el financiamiento para realizar esta tesis a través del programa de becas nacionales (CVU 860314).*

## Índice

<b>Resumen</b> .....	9
<b>Presentación</b> .....	11
<b>Introducción</b> .....	15
<b>Capítulo 1. Migración México-Estados Unidos: Contexto social y político</b> .....	21
1.1. Panorama actual .....	21
1.2. Características de los mexicanos que residen en Estados Unidos .....	24
1.3. Política migratoria en la Era Trump .....	26
<b>Capítulo 2. Los inmigrantes mexicanos indocumentados y el uso de servicios de salud mental en EUA</b> .....	31
2.1. Características del sistema de atención a la salud en Estados Unidos .....	31
2.2. Barreras de atención en salud mental .....	36
2.3 El proceso Salud-Enfermedad-Atención .....	40
2.4 Los modelos de atención a la salud/enfermedad .....	42
<b>Capítulo 3. Los malestares emocionales y la relevancia del contexto político y sociocultural</b> .....	46
3.1 El malestar emocional .....	46
3.2 El malestar emocional en inmigrantes indocumentados mexicanos: relevancia del contexto .....	50
<b>Capítulo 4. El Modelo médico basado en la autoatención</b> .....	55
4.1 Las prácticas de autoatención .....	55
4.2 Las prácticas de autoatención en inmigrantes mexicanos indocumentados .....	57
<b>Capítulo 5. Planteamiento del problema</b> .....	61
5.1 Supuestos teóricos .....	64
5.2. Objetivo general .....	65
5.3. Objetivos específicos .....	65
<b>Capítulo 6. Estrategia metodológica</b> .....	66
6.1. Población de estudio .....	69
6.2. Diseño del estudio .....	70
6.3. Primera fase: Caracterización del contexto .....	71
6.3.1. Selección de los informantes clave .....	71
6.3.2 Estrategias de recolección de información .....	72
6.3.3. Procedimiento para contactar a los informantes clave .....	74
6.4 Segunda fase: Entrevistas individuales .....	76
6.4.1. Selección de los participantes .....	76
6.4.2. Estrategias de obtención de información .....	78
6.4.3. Procedimiento .....	79
6.5. Análisis de las entrevistas .....	81
6.6. Consideraciones éticas .....	84
<b>Capítulo 7. Resultados</b> .....	86
7.1. Primera fase descripción del contexto .....	86
7.1.1. Ubicación geográfica .....	88
7.1.2. Antecedentes y contacto con la población de estudio .....	89
7.1.3. Características de la comunidad .....	94
7.1.4. Actividades culturales, religiosas y recreativas .....	96
7.1.5. Política migratoria local .....	99
7.1.6. Acceso a servicios de salud mental .....	101

7.1.7. Percepción de los informantes clave a cerca de los malestares emocionales en la comunidad .....	103
7.2. Entrevistas individuales.....	105
7.2.1. Características de los participantes.....	105
7.2.2. Historia migratoria .....	107
7.2.3. Fuentes de preocupación de la vida cotidiana .....	109
7.2.4. Malestares emocionales.....	113
7.2.5. Prácticas de autoatención .....	121
7.3 Consideraciones finales.....	130
<b>Discusión</b> .....	137
<b>Conclusiones</b> .....	148
<b>Referencias</b> .....	150
<b>Apéndice 1. Guía de observación y Diario de campo</b> .....	175
<b>Apéndice 2. Guía de entrevista para informantes clave</b> .....	177
<b>Apéndice 3. Guía de entrevistas individuales</b> .....	178
<b>Apéndice 4. Carta de consentimiento verbal para informantes clave</b> .....	183
<b>Apéndice 5. Carta de consentimiento informado para migrantes residentes en Estados Unidos</b> .....	185
<b>Apéndice 6. Directorio de Instituciones</b> .....	189

## Resumen

Los migrantes indocumentados viven en constante invisibilidad social, legal y política, esto influye negativamente en su salud mental y dificulta su acceso a servicios de salud. 5.6 millones de mexicanos en Estados Unidos viven en estas condiciones. Esta población requiere ser visibilizada como personas, como comunidad y, en consecuencia, como sujetos de derechos y necesidades, más aún considerando las duras políticas migratorias y la abierta actitud de rechazo y discriminación por parte de amplios sectores gubernamentales y sociales. Dado este contexto, esta investigación se propuso comprender los malestares emocionales que experimentan inmigrantes mexicanos indocumentados que radican en los Estados Unidos de América (EUA) y las prácticas de autoatención que utilizan para enfrentarlos. Se realizó un trabajo de corte etnográfico, se incluyeron pláticas con cuatro informantes clave y siete entrevistas semiestructuradas con migrantes mexicanos indocumentados que residen en la Costa Este de EUA. Los principales malestares referidos por los participantes fueron miedo, temor, estrés, preocupación, impotencia, coraje, insomnio, tristeza, nostalgia, angustia y soledad, asociados principalmente con su estatus migratorio. Entre las prácticas de autoatención que utilizan, destacan actividades espirituales o religiosas, de relajación, automedicación y uso de fármacos que sus familiares les envían desde México. El estatus migratorio es un componente fundamental de los malestares emocionales de inmigrantes indocumentados y de su forma de atenderlos. Ciertas estrategias les permiten sobrellevar las situaciones vinculadas con sus malestares; sin embargo, dadas sus condiciones y situación emocional, es conveniente promover la construcción de redes de apoyo e implementar estrategias que amplíen las posibilidades de acceso a la atención formal sin que perciban algún tipo de amenaza relacionada con su estatus migratorio, como podría ser la telemedicina.

**Palabras clave:** inmigrantes mexicanos, migrantes indocumentados, malestar emocional, prácticas de autoatención, racismo estructural

## **Abstract**

Undocumented migrants live in constant social, legal, and political invisibility, which negatively influences their mental health while hindering their access to health services. 5.6 million Mexicans in the United States live in these conditions. This population needs to be made visible as individuals and as a community and, consequently, as subjects of rights and needs, even more so considering the harsh migration policies and the open attitude of rejection and discrimination on the part of broad governmental and social sectors. Given this context, this thesis sought to understand the emotional discomfort experienced by undocumented Mexican immigrants living in the United States of America (USA) and their self-care practices to cope with them. To this end, ethnographic research was conducted, which included conversations with four key informants and seven semi-structured interviews with undocumented Mexican immigrants residing on the East Coast of the United States. The main discomforts reported by the participants were fear, dread, stress, worry, helplessness, anger, insomnia, sadness, nostalgia, anguish, and loneliness, mainly associated with their immigration status. Among the different self-care practices, they use, spiritual or religious activities, relaxation, and self-medication stand out, including the use of medications that their relatives usually send them from Mexico. Immigration status is a fundamental component of the emotional distress of undocumented immigrants and how it is faced. Specific self-care strategies allow them to cope with situations related to their emotional discomfort. However, given their conditions and emotional situation, it is advisable to promote the construction of support networks and the implementation of other strategies that expand the possibilities of access to formal care without perceiving any threats concerning their immigration status, such as telemedicine.

**Keywords:** Mexican immigrants, undocumented migrants, emotional distress, self-care practices, structural racism

## Presentación

El fenómeno de la migración ha sido una experiencia que no me es ajena, ya que se vincula en gran medida con mi historia de vida. Hace 25 años mis padres emigraron a la Costa Este de Estados Unidos y a partir de ahí, junto con mis hermanos, viví el drama de la separación desde la mirada de “los que se quedan”. Con el paso del tiempo, todos se fueron y yo me quedé a seguir estudiando en México. A lo largo de mi carrera académica he seguido el tema, incluso en algún momento abordé el uso de drogas en población migrante con datos de una Encuesta Nacional de Adicciones (2008). En el 2009, presenté un cartel sobre el tema en la *National Hispanic Science Network* en Miami; para lo cual requerí realizar el trámite de la visa de turista, y esto posibilitó que después de asistir al congreso, lograra visitar a mi familia a quienes no había visto por varios años. A partir de esa fecha, los visito por lo menos una vez al año. Durante estos viajes he podido observar y experimentar cómo es la vida de un migrante en Estados Unidos. Desde los primeros, me di cuenta de lo complicada que era la vida para todos ellos, pero en particular, la de quienes suelen ser llamados despectivamente “*los ilegales*”.

En mi experiencia como turista, como académica, como investigadora y como familiar de migrantes indocumentados, me percaté de los siguientes aspectos:

- a) De cómo los hombres trabajan, generalmente, más de ocho horas diarias en actividades de jardinería y en temporada invernal, hasta 50 horas seguidas removiendo la nieve acumulada en las calles.
- b) De cómo las mujeres buscan alternativas y generan estrategias para lograr compaginar su vida laboral con la crianza de los hijos. En general, suelen levantarse de madrugada para realizar las actividades del hogar, llevar a sus hijos/as al autobús escolar o con la persona que los cuida mientras ellas trabajan. Una vez terminada su agotadora jornada laboral, no pueden dirigirse directo a su hogar, ya que tienen que ir a recoger a sus niños a la casa de

la persona que los cuida, que en la mayoría de los casos se trata de otra mujer que las apoya con recibirlos del autobús.

- c) De que la convivencia en fiestas, cumpleaños, XV años, navidad y partidos de fútbol, ocurre no solamente entre mexicanos, sino particularmente con inmigrantes salvadoreños, guatemaltecos y, en el menor de los casos, estadounidenses.
- d) Del “sentido de identidad” de la población latina cuando expresan su alegría y entusiasmo al visitar las tiendas en las que pueden comprar productos de su país de origen.

Cabe enfatizar que lo antes descrito, sucede en el marco de vivir al margen de la legalidad, por lo que en estos inmigrantes coexiste una constante preocupación o cautela de “no romper más reglas”, para no correr el riesgo de ser deportados. Además, existen épocas en las que hay más persecución y, por ende, una exacerbación del miedo y del estado de alerta, como ocurrió en el lapso en el que realicé el trabajo de campo de este estudio. De hecho, yo experimenté en diversas ocasiones un gran estrés por tales motivos.

En mis primeros viajes soñaba que yo iba de viaje, llegaba “la migra” y nos llevaba a todos. El miedo que sentía no era por mí, sino por exponer a mis familiares y conocidos cada vez que iban al aeropuerto por mí. Siempre llegaba a la conclusión de que yo no podría vivir así “siempre con miedo” y “a la deriva”. Poco a poco el miedo y estrés fueron disminuyendo, tal vez porque al conocer mis derechos y obligaciones en ese país, me fui sintiendo más segura y opté por llevar siempre mi pasaporte y visa conmigo.

Mi familia vive en un condado de Maryland; gran parte de la población mexicana en ese lugar es de origen oaxaqueño, específicamente del pueblo donde estudié la secundaria, por tanto, es común que me identifiquen como su “paisana”. Claro, en ocasiones me han hecho notar lo afortunada que soy al poder ir y venir; visitar a mi familia y por regresar a México. Otra de las cosas por las cuales me identifican es por ser una “mujer preparada, con estudios”, razón por la

cual en varias ocasiones me han buscado para “pedirme consejos o ayuda” sobre diversas cuestiones relacionadas con malestares emocionales o problemas familiares, ya sea de pareja o con la crianza de los hijos; en estos casos, lo que he hecho es explicar que no tengo formación clínica. Sin embargo, a partir de esta demanda les he buscado opciones, una de las que ha funcionado es con una terapeuta que tiene experiencia en violencia de pareja, y que se aventuró a dar acompañamiento mediante herramientas tecnológicas (Skype, WhatsApp, llamadas telefónicas) a una mujer, por lo que luego se convirtió en un recurso que cada vez más mujeres han buscado.

Dicha experiencia incrementó mi interés en el tema, particularmente en el hecho de poder hacer algo para visibilizar a la población que vive allá, que tiene una vida que está atravesada por la política migratoria, que vive en gran medida con miedo a la deportación, que no se imagina una vida de regreso en su país, que trata de ser feliz en el día a día pero, además, para dar cuenta de que no podemos esperar a que sean deportados para voltear a verlos y conocer su realidad.

Es por ello que elegí hacer mi proyecto de doctorado en dicho lugar y ante condiciones muy específicas. Para favorecer la seguridad, confianza, bienestar y disminuir los mayores riesgos posibles que pudieran generarse para todos los involucrados, consideré lo siguiente: acceder al campo con mis propias herramientas y recursos tanto económicos como humanos, para realizar la investigación. Fue fundamental contar con un lugar conocido y un lugar dónde vivir, en el que la movilidad y traslados resultaran más seguros para mí y para las personas a quienes invité a participar en el estudio.

Dada mi aproximación previa y la cercanía con las problemáticas que suelen experimentar las personas de ese condado, no fue sencillo elegir un tema entre tantos para abordar su situación, por lo que la revisión de la literatura resultó fundamental para tomar la decisión y elegir explorar los malestares emocionales, así como abordar cómo le hacen los migrantes para enfrentarlos en un contexto que se vuelve cada vez más difícil.

Cabe aclarar que mi interés fue aprender de ellos y no imponer mis propias ideas; entender qué es lo que les preocupa, qué es lo que les enferma y qué es lo que los mantiene sanos, fue mi prioridad. Y, si bien he transparentado mi interés personal, profesional y académico a través de éste texto, vale la pena expresar las dos grandes dificultades experimentadas a lo largo del desarrollo del estudio: (a) la cercanía afectiva y preocupación por la temática derivó en dificultades para focalizar y delimitar qué era lo prioritario a abordar; (b) en consecuencia, transferir este interés al ámbito de la academia para que cumpla con los estándares de investigación, sin que esto implique dejar de escuchar y dar cuenta de la vivencia de los sujetos o termine priorizando lo académico, y alejarme del objetivo principal del estudio, fue un reto.

## Introducción

Residir en un país distinto al de origen sin contar con documentación legal coloca a las personas en una condición de vulnerabilidad (Reyes Miranda et al., 2015). Prácticamente, todas las áreas de su vida se ven alteradas al no poder exigir el cumplimiento de sus derechos fundamentales. En el caso de los migrantes mexicanos, éstos se ven afectados por condiciones cada vez más difíciles para poder ingresar y vivir en Estados Unidos de América (EUA) tanto por las políticas migratorias cada vez más restrictivas (Payan, 2022) -incluyendo la militarización de la frontera (Arenas et al., 2021)-, como por las propias motivaciones para migrar -antes principalmente económicas y en la actualidad también vinculadas con situaciones sociales como el incremento de la violencia, la inseguridad y las condiciones ambientales resultado del cambio climático-. Estas circunstancias conllevan altos niveles de estrés crónico que pueden impactar en su salud mental (Payan, 2022; Pozos-Radillo et al., 2014).

Según estimaciones de CONAPO (2018), alrededor de 5.6 millones de inmigrantes mexicanos de los 12 millones registrados en EUA son indocumentados. Este estado de indocumentación resulta un factor determinante en su bienestar porque limita su integración socioeconómica en el país receptor (Aguilar-Gaxiola et al., 2020; Caicedo & Van Gameren, 2016), conlleva a la autoexclusión y contribuye a mantenerlos en un estado de marginalidad (Reyes Miranda et al., 2015). Estas condiciones aumentan el riesgo de presentar padecimientos tanto físicos como emocionales (García, 2015; Payan, 2022), en comparación con los migrantes que cuentan con documentos para residir en ese país, debido a factores tales como la falta de protección legal, de seguridad social, de mejores oportunidades de empleo, de capacidad para transitar libremente y para el acceso a la justicia (Sullivan & Rehm, 2005).

A principios del presente siglo, había estudios reportaban que la población inmigrante indocumentada mostraba tasas más elevadas de trastornos mentales (Orozco et al., 2013), sin

embargo, no se tenía mucha información acerca de su salud mental en general, en gran medida por ser una población de difícil acceso (Minsky et al., 2003) debido a su invisibilidad legal, ocupacional y política (Clark, 2003; Brown, 2014; Torres & Wallace, 2013). Esta invisibilidad se vio acrecentada por el discurso racista y xenófobo dirigido a los mexicanos en la Era Trump —de 2017 hasta 2021—, dado que generó un ambiente explícito de hostilidad que acentuó los episodios de discriminación, rechazo social y racismo hacia esta población (Chin et al., 2020; Kirkinis et al., 2018). Durante su administración, aumentaron alrededor de 30% los arrestos de inmigrantes en comparación con la administración Obama (Rojas, 2020).

Esta situación da cuenta del racismo sistémico, también llamado racismo institucional o estructural (Venegas León, Pedrero Castillo & Chepo Chepo, 2023). Los grupos mexicanos y latinoamericanos experimentan racismo interpersonal y estructural, definido como "la totalidad de las formas en que las sociedades fomentan la discriminación [basada en la raza] a través de sistemas que se refuerzan mutuamente (por ejemplo, en vivienda, educación, empleo, ingresos, beneficios, crédito, medios de comunicación, salud, justicia penal, etc.)" (Cerda, Macaranas, Liu & Chen, 2023, pS72). Para Young y Crookes (2023), la política de inmigración es un mecanismo de racismo estructural basado en la desigualdad racial. "El sistema estadounidense de jerarquía racial es creado por el poder de una sociedad predominantemente blanca." (p. 17).

Entonces, si bien este racismo estructural ha existido en las administraciones anteriores a Trump, durante ésta, la retórica "normalizó" el racismo interpersonal. "Estudios recientes muestran que el aumento de las políticas antiinmigrantes en Estados Unidos y su enfoque en el segmento de origen mexicano están exacerbando la discriminación contra la población latina en general y la población mexicana en particular" (Pérez-Soria, 2022, p. 192).

La amenaza de deportación y las pérdidas relacionadas con la migración, como la separación familiar, están asociadas con angustia emocional, que puede manifestarse en síntomas

psicológicos y somáticos, y efectos adversos sobre la identidad y la autoestima (García, 2018; Garcini, 2016; Phipps, Stivers, Dawson & Harris, 2022). Mabel Burin (1995) refleja en su marco teórico la condición de género de las mujeres y sus opresiones, utilizando el concepto de malestar como categoría de análisis para abordar la salud mental de hombres y mujeres, definiéndola como una sensación subjetiva de sufrimiento psíquico que no encaja dentro de los criterios clásicos de salud o enfermedad. Desde esta perspectiva, puede entenderse como una resistencia a condiciones estructurales desiguales asociadas al género. "La mayoría de los estudiosos que analizan este problema insisten en resaltar cómo los roles de género femenino afectan las formas de enfermar de las mujeres. Entre los roles genéricos más estudiados se encuentran el rol materno, el rol conyugal, el rol de ama de casa y el doble rol social de trabajo doméstico extra (por jornadas dobles) (Burin, 2010, sección 3)". En el caso de los inmigrantes mexicanos indocumentados (IMI), las condiciones estructurales de desigualdad que enfrentan por su estatus migratorio, junto con su raza y lugar de origen, interactúan con la necesidad del individuo de sobrevivir y adaptarse al entorno cultural/social particular y, como resultado, pueden influir en el nivel de estrés que experimenta ese individuo (Asnaani, Majeed, Kaur & Gutierrez Chavez, 2021). Se ha informado que la discriminación interpersonal debido al estado de indocumentación es el predictor más relevante de angustia psicológica clínicamente significativa, incluso mayor que la historia de trauma (Garcini et al., 2019). Ahora bien, los problemas de salud mental que presenta esta población pueden además manifestarse de maneras que no necesariamente pueden considerarse "trastornos" desde una perspectiva biomédica.

Estas poblaciones generalmente no buscan atención en los servicios formales de salud (Payan, 2022; Tenorio & Arredondo, 2018), ya sea por las condiciones del sistema de salud estadounidense o por las barreras percibidas como el desconocimiento de los servicios disponibles, la desinformación, la barrera del idioma, los altos costos de los servicios, la falta de acceso al

seguro de salud, el tiempo disponible, la distancia y la falta de transporte (Rastogi, Massey-Hastings & Wieling, 2012; Held, Nulu, Faulkner & Gerlach, 2020). Asimismo, destacan como barreras, el temor a ser aún más estigmatizados por tener un problema de salud mental y el miedo de acudir a los servicios de salud por el riesgo de ser denunciados ante las autoridades migratorias y a ser deportados (Barrio, 2010; Bledsoe, 2008; Derose, 2007; Kim et al., 2011; Payan, 2022; Rastogi et al., 2012).

Con base en lo anterior, me surgió la pregunta, ¿Qué hacen los migrantes ante sus malestares emocionales si no buscan algún apoyo formal? En el caso particular de los inmigrantes latinoamericanos, la automedicación se ha identificado como una práctica frecuente (Wolcott-MacCausland, Mares & Baker, 2020); sin embargo, esta estrategia está más dirigida al malestar físico que al emocional. Para esto último se han señalado estrategias como las redes sociales transnacionales (Rios Casas et al., 2020), también “ver positivamente las cosas malas”, “obtener consuelo de alguien de la comunidad” (Cobb, Xie & Sanders, 2016), la resignificación cognitiva de la condición de indocumentado utilizando la espiritualidad y el optimismo, así como la expresión de orgullo por la identidad cultural (Garcini et al., 2022). Los inmigrantes latinos indocumentados tienen más probabilidades de utilizar la religión como recurso en momentos de necesidad (Sanchez, Dillon & De La Rosa, 2015); de hecho, el afrontamiento religioso parece estar relacionado con el bienestar emocional en los IMI ya que la oración se considera una petición activa de ayuda (Abraído-Lanza, Vasquez & Echeverría, 2004).

Ahora bien, el malestar emocional hace referencia la sensación subjetiva de pérdida de bienestar, acompañada de un conjunto de molestias o afectaciones sin causa orgánica demostrable como respuesta a situaciones de la vida cotidiana y del contexto social (Berenzon et al., 2014). Sus características y desarrollo no suelen coincidir con entidades determinadas por la biomedicina o la psicología porque se construyen a partir de los conocimientos legos (Berenzon, et al., 2009).

Incluye la presencia de molestias físicas como dolor de cabeza, problemas intestinales y cansancio, pero también emocionales como tristeza, llanto, estrés, insomnio e irritabilidad, entre otras (Berenzon et al., 2014). Este concepto permite visibilizar y reconocer situaciones que se vinculan con problemas sociales que conllevan sufrimiento.

Por ello, es importante profundizar en los malestares emocionales de los IMI que viven en EUA y conocer qué hacen frente a estos, considerando el bajo uso de los servicios formales de salud. Para ello, se retomarán las propuestas de Eduardo Menéndez (2012) y Jesús Armando Haro (2000) sobre el proceso salud/enfermedad/atención, que hace referencia a la construcción individual y social por la cual una persona elabora su padecimiento y condiciona los tipos de ayuda que buscará. Desde la perspectiva de Menéndez, además de poder acudir a la biomedicina, también se puede acudir a la medicina alternativa, o hacer uso de la autoatención (Menéndez, 1992). Desde la de Haro (2000), existen cuatro formas básicas para atender las necesidades de salud (ya sean de tipo físico, social o psíquico): a) la atención médica profesional, b) la atención alternativa, c) la autoayuda/autogestión, y d) el autocuidado/autoatención. En particular, son de interés para esta tesis las prácticas de autoatención, entendidas como acciones “conscientes” encaminadas a la cura, y que pueden ir desde “no hacer nada” hasta el uso de equipos médicos de determinado grado de complejidad donde no intervienen profesionales de la salud (Menéndez, 2003).

Así pues, el objetivo principal de este trabajo es comprender los malestares emocionales que experimentan migrantes mexicanos indocumentados, ante qué situaciones se presentan, y qué prácticas de atención utilizan para enfrentarlos en un contexto específico como lo es el de la Costa Este de EUA, donde no existe una tradición migratoria tan antigua como la de otros estados y donde, en consecuencia, la investigación es todavía más escasa.

Para lograr el cometido planteado, este documento está constituido por siete capítulos. En el primero presento el contexto social y político actual de la migración México-Estados Unidos,

donde se revisan las características de los mexicanos que residen en dicho país, se presenta también un breve análisis de la política migratoria en la Era Trump y cómo este contexto político ha afectado a la vida de inmigrantes indocumentados. En el segundo capítulo describo cómo es el acceso a los servicios de salud mental en ese país, las características del sistema de atención a la salud, las barreras a las que se enfrentan en la búsqueda de atención y muestro el marco conceptual del llamado proceso salud/enfermedad/atención para, por último, describir los modelos de atención a la salud en los que se enmarca este trabajo. En el tercer capítulo, se desarrolla teóricamente el concepto de malestar emocional dentro del proceso salud enfermedad y se presentan algunos estudios que han abordado el malestar emocional en inmigrantes indocumentados. En el capítulo cuatro, se describe específicamente de qué trata el modelo médico basado en las prácticas de autoatención y se muestran ejemplos de estudios que han abordado estas prácticas en IMI. En el capítulo cinco, planteo el problema de investigación, la justificación de este, los supuestos teóricos y los objetivos del estudio. En el capítulo seis se expone el abordaje metodológico, incluyendo el diseño de investigación y las diversas estrategias que fueron utilizadas en el proceso de investigación durante las dos fases del estudio. Los resultados obtenidos mediante las estrategias de investigación utilizadas se muestran en el capítulo siete e incluyen la descripción del contexto y el análisis de las entrevistas que se hicieron en la segunda fase. Finalmente se presentan la discusión y conclusiones de este estudio.

## **Capítulo 1. Migración México-Estados Unidos: Contexto social y político**

En este capítulo desarrollo tres ejes fundamentales para contextualizar el abordaje de la salud mental de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos: (1) la situación general de la migración mexicana a EUA en la actualidad, (2) las principales características de los inmigrantes mexicanos indocumentados que radican en dicho país y (3) la descripción de la política migratoria imperante en el periodo presidencial de Donald Trump.

### **1.1. Panorama actual**

Se calcula que más de 281 millones de personas han emigrado en el mundo (OIM, 2022). Estados Unidos es el mayor receptor de migrantes a nivel mundial, con 51 millones estimados en 2020 (OIM, 2022). Este país es, además, el principal receptor de la emigración mexicana, debido a la cercanía geográfica y a la situación económica y laboral de México. En 2020, 97% de los emigrantes mexicanos (11.5 millones) residía en dicho país (Fundación BBVA Bancomer, Secretaría de Gobernación, 2022).

Por otro lado, en el Censo de Población y Vivienda de 2010 (INEGI, 2010) se reflejó la desaceleración de la migración laboral mexicana a Estados Unidos. Mientras que en el periodo que va de 1995 al año 2000, un millón 569 mil mexicanos se fueron a vivir y/o a buscar trabajo al país del norte, entre 2005-2010 hubo una reducción del 37%. Esta caída de la migración mexicana a Estados Unidos, tanto en términos absolutos como relativos, sucedió en todas las entidades federativas del país, incluyendo aquellas de larga tradición migratoria (e.g. Guanajuato, Jalisco, Michoacán y Zacatecas). Así, por ejemplo, estados como Chiapas y Veracruz que años atrás habían aumentado su participación en el flujo migratorio internacional, la redujeron de manera significativa en los últimos cinco años. Se han dado diversas explicaciones a este fenómeno, una de ellas es que los inmigrantes mexicanos que radican en Estados Unidos podrían haber influido

en sus connacionales sobre la pertinencia de migrar, debido a la dificultad para encontrar trabajo en ese país (Alarcón et al., 2009). Además, ante la profundidad de la crisis económica en Estados Unidos, la opinión pública exageró los efectos de la contracción del empleo en el retorno masivo de los migrantes mexicanos.

Según un reporte de la Cámara de Diputados (2000), la imagen tradicional de los emigrantes mexicanos vigente hasta los años sesenta, no corresponde ya con el perfil de muchos de los que participan hoy en día en esta corriente migratoria. Algunos de los cambios más importantes son:

El gradual desgaste de los mecanismos de circularidad del fenómeno. Lo que se expresa una estancia más larga de los migrantes o bien el establecimiento de su residencia permanente en EUA. Se ha dado una creciente diversificación regional del flujo de modo que el origen geográfico de los migrantes se ha extendido más allá de las entidades y municipios tradicionales de emigración. Actualmente hay importantes corrientes migratorias en entidades que en el pasado no tenían esta tradición como Morelos, Puebla, Hidalgo, el estado de México y la actual Ciudad de México.

Es más notoria ahora la presencia de migrantes procedentes de las zonas urbanas. Hay también una mayor diversificación ocupacional y sectorial de los migrantes tanto en México como en los Estados Unidos. Por ejemplo, los migrantes que desempeñan una ocupación agrícola ya no son mayoritarios ni en su lugar de origen ni en el de destino (solamente uno de cada 10 de la población económicamente activa trabaja en la agricultura).

Por otro lado, los datos censales reportan un aumento en la migración de retorno a México, pero ésta no se dio de forma masiva como se especuló al estallar la crisis financiera en noviembre de 2007. Entre 1995 y 2000 regresaron al país alrededor de 260 mil migrantes mexicanos, y en el lustro comprendido entre 2005 y 2009 lo hicieron cerca de 307 mil, lo que representó un incremento de apenas 18 por ciento. Un informe del Pew Hispanic Center (PEW, 2010) señala que, en

comparación con otros inmigrantes hispanos, los mexicanos son quienes menos habían retornado a su país y mejor habían afrontado esta coyuntura económica desfavorable. Sin embargo, desde mediados de la década pasada, hubo un aumento en la población migrante que llega desde Estados Unidos a México, la cual está compuesta tanto por nacidos en México como por nacidos en Estados Unidos. Para el año 2015 se contabilizaron 559,416 retornados (Colmex, CNDH, 2019). Cabe destacar también que entre 2019 y 2022, fueron devueltas a México 817,339 personas mexicanas desde Estados Unidos; en 2022 se superó en un 61% el total comparado con 2021. El 14% eran mujeres (Organización Internacional para las Migraciones OIM, 2022).

Cabe cerrar este apartado señalando que las personas migrantes que retornan a México pueden hacerlo forzadamente, es decir, salieron de Estados Unidos a través de procesos de remoción (*removal*), o de una orden de retorno voluntario (*return*); junto a ellos, se encuentran niños y cónyuges que siguen a un familiar deportado. Estas personas generalmente no se incluyen en las estadísticas de repatriación y remoción, ya que su regreso se considera “voluntario”. Dentro del retorno voluntario se incluyen también aproximadamente 500,000 menores nacidos en EUA e hijos de migrantes mexicanos, para los cuales comúnmente el mudarse a México no representa un retorno, sino un primer movimiento migratorio (Jacobo & Cárdenas, 2020).

“En general, los principales aspectos de la evolución de la población mexicana inmigrante en Estados Unidos son los siguientes: 1) La tendencia al alza que durante décadas había registrado el tamaño de la población mexicana inmigrante se detuvo en 2007 y luego de altibajos por varios años, comenzó a disminuir a partir de 2014; 2) La población total de origen mexicano, suma de nativos e inmigrantes, ha continuado aumentando, aunque a un menor ritmo entre otras causas, por la disminución de la migración mexicana; 3) La caída de la población inmigrante mexicana ha implicado disminuciones en su participación en la población del país, en la de origen mexicano y en el total de inmigrantes; 4) La contracción del grupo migratorio mexicano ha sido mayor en el

caso de los hombres que de las mujeres; 5) La referida disminución contrasta con incrementos en Estados Unidos en el total de migrantes, en los de origen latinoamericano y con fuertes aumentos en los grupos migratorios guatemalteco, hondureño, dominicano, venezolano, colombiano y de la India; 6) En la población mexicana inmigrante el porcentaje de ese grupo que ingresó a Estados Unidos en 2010 o en los años subsecuentes está muy por debajo de lo observado en los otros grupos migratorios; 7) La evolución descrita ha implicado que haya aumentado de manera significativa la mediana de edad en el grupo migratorio mexicano, al igual que el segmento con 55 años o más y aquellos que son afectados por alguna discapacidad, mientras que ha disminuido la participación de la población entre 18 y 44 años de edad; y 8) los indicadores demográficos de la población mexicana inmigrante ya muestran diferencias significativas con relación a los grupos migratorios de centroamericanos” (Cervantes & Jiménez, 2022; pág 1).

## **1.2. Características de los mexicanos que residen en Estados Unidos**

Según datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2018, la población de origen mexicano en Estados Unidos (EU) se estimó en 38.5 millones. De éstos, 12.3 millones nacieron en México y 26.2 son mexicanos de segunda y tercera generación (personas con uno o ambos padres nacidos en México) (CONAPO, 2018). Los mexicanos que radicaban en Estados Unidos en 2012 representan cerca de 4% de la población total de ese país y 28% de la población inmigrante. Estas cifras colocan a México como el país con el mayor número de nacionales radicando en Estados Unidos (SeGob, CONAPO, 2013).

Ahora bien, de acuerdo con estimaciones del Pew Hispanic Center, en 2017, 23% de los inmigrantes en EU eran indocumentados, lo que equivale a 10.5 millones (Passel y Cohn, 2019), de ellos, 5.6 millones son mexicanos en esta condición. La elevada tasa de indocumentación y el limitado acceso a la ciudadanía de la población mexicana en Estados Unidos constituyen obstáculos

decisivos a la hora de su integración a la sociedad estadounidense y restringen, entre otros aspectos, el acceso a la seguridad médica (SeGob, CONAPO, 2013). Según el Instituto de Políticas Migratorias de EUA, el número de migrantes no autorizados procedentes de México en Estados Unidos redujo entre 2018 y 2020, aunque no han dejado de ser mayoría; se estima que de los 11 millones de inmigrantes no autorizados que registró EUA en 2018, el 51 por ciento está representado por personas nacidas en México (más de 5.5 millones)<sup>1</sup>.

En cuanto a las características de los inmigrantes, en 2015, 52% eran hombres y 48% mujeres, seis de cada diez tenían entre 15 y 49 años, en cuanto a nivel de escolaridad alrededor de 40% tenía secundaria terminada. Entre sus características económicas resalta que cerca de 70 por ciento de los inmigrantes mexicanos formaban parte de la población económicamente activa. De éstos alrededor de 90 por ciento tenían trabajo, siendo en su mayoría trabajadores asalariados que laboraban 38 horas en promedio a la semana (CONAPO, 2017).

Respecto del empleo, los inmigrantes mexicanos se caracterizan por realizar mayoritariamente ocupaciones de baja remuneración, lo que da cuenta de un perfil de inserción laboral similar al de los inmigrantes procedentes de Centroamérica, pero muy distinto al de inmigrantes de otras nacionalidades y de la población nativa blanca no hispana. Las ocupaciones en servicios de baja remuneración, la agricultura y la construcción, concentran a cerca de 61% de los trabajadores mexicanos de reciente ingreso al país y a 47% de los de largo arribo (Segob, CONAPO, 2013).

Las mujeres presentan patrones de ingreso y permanencia en el mercado laboral diferentes de los varones. Los autores atribuyen esto a la influencia de los roles tradicionales, como la

---

<sup>1</sup> Visita de AMLO a EU: ¿Cuántos migrantes mexicanos ilegales hay? El Financiero, julio 11, 2022. <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/2022/07/11/visita-de-amlo-a-eu-cuantos-migrantes-mexicanos-ilegales-hay/>

maternidad y el cuidado de los hijos y del hogar. Asimismo, mencionan que las mujeres mexicanas representan el grupo inmigrante con menor actividad en el mercado laboral, en comparación con las demás inmigrantes, las nativas blancas y las afroamericanas. Explican también que esta situación se agudiza entre las mujeres que tienen hijos menores de seis años y que es muy probable que las mujeres mexicanas tengan una mayor dificultad para conciliar el trabajo y la crianza de los hijos (CONAPO, 2010).

A pesar de que la comunidad mexicana en Estados Unidos ha ido creciendo y que esta migración responde a mejores expectativas de vida en ese país, parece ser que la integración económica y social de los mexicanos es desfavorable en comparación con otros grupos de inmigrantes y más aún con la población nativa. Pudiera aportarse como una explicación posible que la condición irregular en que se encuentra la mayoría de los mexicanos inmigrantes induce a la autoexclusión y contribuye a mantenerlos en un estado de vulnerabilidad y marginación. De este modo, las restricciones de derechos y beneficios a los inmigrantes no necesariamente disuaden la migración, pero pueden inducir a la segregación social, lo que redundaría en la profundización de la desigualdad social en la comunidad norteamericana (CONAPO, 2005).

### **1.3. Política migratoria en la Era Trump<sup>2</sup>**

Para aproximarnos al contexto en el que están inmersos los mexicanos indocumentados en Estados Unidos es relevante comprender las leyes y la normatividad que regulan su estadía y el ejercicio de derechos. Diversos autores han mostrado que la política migratoria de Estados Unidos en las últimas administraciones se ha enfocado en la aplicación de políticas públicas diseñadas en la

---

<sup>2</sup>El presidente de Estados Unidos, Donald Trump, fue nombrado el mandatario número 45 de Estados Unidos, el 9 de noviembre de 2016 y juramentado el 20 de enero de 2017. Su mandato finalizó en enero de 2021. Perteneció al partido Republicano y fue electo por el voto popular.

década de los noventa y aplicadas a partir del 11 de septiembre de 2001, centradas en el control de la frontera con México y en la deportación de migrantes, en específico a quienes se les haya vencido su estadía en aquel país o hayan entrado sin documentos (Carrasco, 2017; Armendares, 2018).

En 1996, cuando Clinton era presidente, entró en vigor la legislación migratoria federal que rige actualmente en EU, el Acta de la Inmigración Ilegal y Responsabilidad del Inmigrante (*Illegal Immigration Reform and Immigrant Responsibility Act - IIRAIRA*). A manera de resumen, esta ley tiene como objetivos reforzar la vigilancia en la frontera y en el interior; aprehender y remover a inmigrantes deportables. También incluye restricciones contra el empleo y el acceso a educación superior para estudiantes indocumentados (Castañeda, 2012). Uno de los mayores impactos de IIRAIRA fue el remplazo de un sistema de justicia donde antes los jueces consideraban las circunstancias de cada caso, por un sistema de detención y mandato de deportación; con esto, los migrantes indocumentados e incluso, los que ya tienen residencia quedaron expuestos a la arbitrariedad de las autoridades migratorias y la carencia de accesos al debido proceso.

Las políticas y regulaciones surgidas de IIRAIRA han afectado la vida de muchos migrantes indocumentados al no poder tener la oportunidad de regularizar su situación migratoria, lo que los ha obligado a vivir bajo las sombras, subempleados y limitados en sus posibilidades de desarrollo.

El análisis anterior, permite entender los antecedentes del clima político generado durante la presidencia de Donald Trump, aunque las deportaciones de migrantes habían venido sucediendo desde hace varios años. De hecho, su punto máximo se dio en el gobierno de Obama, que debido a esto fue nombrado “deportador en jefe” (Armendares, 2018).

Por otro lado, Carrasco (2017) hace un análisis de la política migratoria en gobierno del presidente Trump, donde expone que en las últimas décadas el debate de la política migratoria estadounidense se ha dado en dos líneas: (1) una restrictiva, que criminaliza la migración no documentada, impulsada por los sectores conservadores (la mayoría del Partido Republicano); (2)

una de apertura a la regularización de los migrantes (reforma integral) impulsada por los sectores liberales (la mayoría del Partido Demócrata). Esto ha ocasionado que en las últimas administraciones no se llegue a un acuerdo para aprobar una reforma migratoria.

Las propuestas del presidente Donald Trump se centraron en: “1) El reforzamiento de la seguridad de la frontera nacional, 2) La criminalización de los inmigrantes indocumentados, 3) La deportación de los migrantes indocumentados (11 millones aproximadamente), 4) La construcción de un muro fronterizo, 5) La negociación y reestructura del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), 6) La aplicación de un impuesto a las remesas que envían los migrantes a su país de origen, de manera específica a los mexicanos para financiar el muro, 7) La evitación de una reforma migratoria integral que otorgue derecho a los migrantes indocumentados, negándoles la amnistía para regularizarse y adquieran la ciudadanía estadounidense” (Carrasco, 2017, p. 174).

Con base en lo anterior, Carrasco concluye que la política del gobierno de Trump no presentó novedades en el plan migratorio pues la mayoría de sus propuestas ya estaban contempladas en las políticas migratorias de Estados Unidos; lo novedoso era el carácter extremo de sus propuestas. Trump ganó las elecciones con un discurso supremacista y xenófobo, principalmente centrado en la criminalización de la migración indocumentada. Esta situación puso en mayor desventaja a la población mexicana que reside en dicho país y pudiendo derivar en la afectación a su salud mental o su calidad de vida.

A cinco días de llegar a la presidencia, Trump firmó las órdenes ejecutivas nombradas “Seguridad interna y mejoramiento de la vigilancia migratoria” (*13767 Border security and Immigration Enforcement Improvements*), y “Mejoramiento de la seguridad pública al interior de EU” (13768). Semanas después, en el Departamento de Seguridad Interna (*Department of Homeland Security, DHS*), se firmaron dos memoranda que describían la estrategia para implementar dichas órdenes (Armendares, 2018). En resumen, en las órdenes ejecutivas se instruye

a las autoridades migratorias (*DHS e Immigration and Customs Enforcement, ICE*<sup>3</sup>) a “asegurar la frontera y deportar de manera rápida” a los individuos detenidos y a la construcción inmediata de un muro a lo largo de la frontera con México; se especifica que los “no ciudadanos”, es decir, los migrantes indocumentados, representan una “amenaza significativa” para la seguridad nacional y pública y que las “ciudades santuario” violan de manera intencional las leyes federales y causan daño a los EU (Armendares, 2018).

Con la implementación de estas medidas, se pudo deportar a cualquier persona sospechosa de algún delito, y se intensificaron las redadas y arrestos en las comunidades de migrantes y lugares de trabajo. Cabe mencionar que las leyes federales imponen multas a los empleadores que contraten trabajadores indocumentados. Así, cuando el *ICE* llega a algún domicilio, comunidad o empresa a buscar inmigrantes que no tengan estatus documentado, con frecuencia detienen a otras personas que están en ese lugar, con dicha detención empieza el posible proceso de deportación, la mayoría de las veces sin que los migrantes cuenten con el apoyo de un abogado (Armendares, 2018).

En este contexto, las leyes federales y la política migratoria ponen en el centro a migrantes indocumentados, sin tomar en cuenta que tengan muchos años de vivir en EU, ni que tengan hijos nacidos en dicho país, entre otras circunstancias; así, cuando un integrante es detenido y deportado, aparte de todo, tiene que vivir el drama de la separación familiar (Armendares, 2018).

Las leyes o políticas específicas determinan el acceso a la educación, salud, el empleo y la obtención de licencias de conducir de la población indocumentada. Algunos académicos argumentan que Estados Unidos representa un "multimosaico jurisdiccional" en el que las leyes que rigen la vida de los inmigrantes, y especialmente de los indocumentados, cambian

---

<sup>3</sup> El Departamento de Seguridad Interna DHS, incluye el Servicio Inmigración y Control de Aduanas (ICE) que identifica, detiene y deporta extranjeros que en el gobierno de Trump se consideran “removibles”.

drásticamente dependiendo de las líneas estatales, de la ciudad y del condado (Varsanyi et al., 2012).

Por ejemplo, la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (*The Affordable Care Act --ACA*) se convirtió en ley en 2010, con la intención de mejorar la cobertura de seguro de salud para los aproximadamente 30 millones de personas sin seguro en los Estados Unidos en ese momento, ya sea a través del programa de expansión de Medicaid o con el Mercado de seguros de salud. Si bien unos 17 millones de personas más han sido aseguradas desde 2013, y 9 de cada 10 ciudadanos y residentes estadounidenses ahora tienen seguro, los inmigrantes indocumentados están excluidos de la ACA. Los latinos que están legalmente autorizados pero que han estado en el país menos de cinco años también están excluidos de la participación en el programa de expansión de Medicaid. Esta exclusión de los inmigrantes indocumentados de la ACA conlleva a que tengan menos probabilidades de recibir atención preventiva, que retrasen mayormente la búsqueda de la atención necesaria y, como resultado, que los indicadores de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas sean más elevados. (Ortega, 2015). Así pues, las leyes han servido como fachada para ocultar los argumentos xenófobos y el racismo contra la comunidad indocumentada. Investigaciones recientes demuestran asociaciones entre contextos restrictivos y niveles más altos de discriminación para los latinos (Almeida et al. 2016). Aun así, existe poca investigación sistemática sobre los efectos en la salud mental de la aplicación de las leyes de inmigración, lo que resulta en una brecha de conocimiento. Uno de los objetivos planteados en esta tesis es indagar precisamente cuáles son las principales fuentes de preocupación de la vida cotidiana y sus efectos en el malestar emocional como IMI.

## **Capítulo 2. Los inmigrantes mexicanos indocumentados y el uso de servicios de salud mental en EUA**

Para poder entender el contexto del escaso uso de servicios en los migrantes indocumentados es necesario entender cómo está organizada la atención en salud en EU, principalmente la de los servicios formales. De esta manera, se pueden también reconocer las principales barreras en el acceso desde la perspectiva de los propios migrantes.

### **2.1. Características del sistema de atención a la salud en Estados Unidos**

Los Estados Unidos de América tienen un sistema de salud sumamente complejo y fragmentado, que hace casi imposible entender las coberturas, siendo sumamente difícil navegar y acceder a los servicios. En este apartado se explicará en qué consiste dicho sistema para al final entender por qué resulta difícil para los migrantes acceder a los servicios de salud.

Los servicios de salud en EU en gran parte son prestados por el sector privado y las aseguradoras comerciales desempeñan una importante función en el financiamiento de la asistencia sanitaria. La mayoría de la cobertura de servicios de salud se obtiene por medio de una tercera entidad pagadora, como un empleador o el gobierno, que efectúa los pagos, directa o indirectamente, a los proveedores de servicios. Esto puede incluir los costos de médicos, hospitales, laboratorios, farmacias, etc., según el tipo de seguro (OPS, 2012).

Algunos autores señalan que el sistema de salud en EU es mixto, es decir, la atención a la salud se divide en servicios provistos por: (a) instituciones públicas y (b) instituciones privadas; aunque domina más el servicio a través de las instituciones privadas, aproximadamente 70% de la población del país está cubierta por seguro de salud privado (OPS, 2012).

Dentro de los servicios privados están hospitales, médicos, dentistas, hogares para convalecientes, organismos de asistencia domiciliaria, compañías aseguradoras, empresas de

suministros médicos, fabricantes de productos farmacéuticos, etc. La mayoría de la cobertura para los servicios de salud en el sector privado se obtiene mediante el empleo. Para obtener este beneficio el asegurado debe pagar parte de la prima de seguro y el empleador paga la parte restante. Las aseguradoras luego efectúan el pago directamente a los proveedores de servicios, que son predominantemente médicos privados y hospitales.

La ley no exige que el empleador proporcione seguro médico a sus empleados, pero esta práctica se fomenta por medio de una política impositiva que ofrece beneficios tributarios ilimitados para la compra del seguro de salud, siempre y cuando los empleados compren los planes que sus empleadores les proporcionen (OPS, 2012). Otra forma de obtener un seguro privado es en el mercado de una manera individual. El gran problema con esta última opción es que las aseguradoras tenían la posibilidad de negar la cobertura basándose en la salud general y condiciones preexistentes de los asegurados. Esta última característica cambió desde que se firmó el ACA o “Obamacare”, esta ley se explicará más adelante.

En el caso de los servicios públicos, existen los programas Medicare y el Medicaid para la gente que no puede pagar un seguro privado, personas de la tercera edad y personal militar. Mediante Medicare el gobierno federal proporciona seguro a todos los estadounidenses de más de 65 años, los que tienen insuficiencia renal permanente y algunas personas con discapacidades. Este programa se financia mediante una combinación de impuestos a la nómina de sueldos, ingresos generales y primas que pagan los beneficiarios. Medicare tiene tres partes: la Parte A, que proporciona seguro de hospital, es decir, ayuda a pagar los servicios de hospitalización o de estadía en un centro de enfermería especializado y algunos servicios de cuidado de salud en el hogar o en un hospicio; la Parte B, que proporciona seguro médico complementario, ayuda a pagar los servicios de médicos, servicios ambulatorios de hospital y otros servicios no cubiertos por el seguro

de hospital y; la Parte C, que permite que las Partes A y B sean prestadas mediante planes de salud privados.

Medicaid es un programa de seguro de salud financiado en forma conjunta por el gobierno federal y los gobiernos estatales y se dedica a algunos sectores de la población de bajos ingresos y necesitados. Cada estado tiene sus propias reglas sobre los servicios que puede cubrir Medicaid y quién tiene derecho a recibir este beneficio. Están protegidos en este programa las mujeres embarazadas, niños, adultos mayores, personas con discapacidad y padres de familia que califican bajo los estándares de pobreza del país (Santillanes, 2017).

A pesar de los beneficios de estos programas de seguridad pública (y del bajo costo administrativo de los mismos) hay muchos aspectos que todavía son problemáticos. Por ejemplo, Medicare no cubre medicina preventiva, o servicios de odontología y oftalmología; asimismo está expuesto al rechazo por parte de los proveedores de los servicios de salud, puesto que su tasa de reembolso es muy baja. Cabe aclarar además que la mayor parte de la población indocumentada no cuenta con ninguno de estos seguros públicos, ya que para recibir los beneficios se requiere contar con la ciudadanía o residencia (CONAPO, 2015).

En el caso de los inmigrantes indocumentados, Medicaid otorga seguridad médica solo bajo dos modalidades: (1) para menores de 19 años (ciudadanos o indocumentados) a través del programa *State Children's Health Insurance Program* (SCHIP) y, (2) atención prenatal para mujeres embarazadas (ciudadanas, residentes o indocumentadas) bajo el *Prenatal Care Assistance Program* (PCAP) (Santillanes, 2017).

Para la población que queda fuera de los servicios públicos y privados, la única opción para la atención es la sala de urgencias en los hospitales públicos. En este servicio, la atención se da sin importar la capacidad de pago ni el estatus migratorio, el cobro se realiza de acuerdo con los ingresos y el tamaño de la familia y, se establecen planes de pago que el usuario pueda cubrir. De

acuerdo con Santillanes, acudir a este servicio oscila entre 15 y 100 dólares y debe resguardar la privacidad del estatus migratorio. No obstante, el paciente está obligado a presentar una identificación o comprobante de domicilio, y para demostrar ingresos, también debe proporcionar un comprobante de nómina, declaración de impuestos, estado de cuenta bancario o carta del empleador. Teniendo en cuenta esto, es entendible que los migrantes indocumentados tengan temor de usar este tipo de servicios, aun cuando esté en riesgo su salud o su vida, como se ha reportado últimamente en situaciones como la reciente epidemia de COVID-19 en 2020 (Brooks, 2020; BBC News, 2020).

La ley aprobada en el 2010 (conocida también por la sigla ACA – *Affordable Care Act*) tenía como objetivo central que la mayoría de la población (residente documentada) de los EU tuviera alguna cobertura financiera para afrontar gastos médicos. Dicha ley excluye a las personas indocumentadas del subsidio federal para pagar un seguro de salud (Valle & Ortiz, 2015). De acuerdo con Iriart (2016), la ley tenía tres premisas: (a) la expansión en cada estado del programa de asistencia médica llamado Medicaid, para cubrir a los adultos sin hijos menores, que recibían en el 2016 un ingreso anual bruto, según la declaración de impuestos, por debajo del 138% de la LFP (US\$ 16,404 para individuos); (b) la obligatoriedad de los empleadores con más de 50 empleados de tiempo completo de ofrecer seguro médico; y (c) el mandato individual, para lo cual se estableció un mercado de seguros privados, accesibles a través de portales (llamados *Health Exchange*), desarrollados por el gobierno federal, algunos estados, y por empresas privadas lucrativas y no lucrativas.

Rosales (2019) explica que el ACA constituye la opción de aseguramiento para la población que no tiene cobertura en salud federal a través de su empleo en programas como Medicaid, Medicare o la red *Federally Qualified Health Clinics* (FQHCS). De acuerdo con la autora, aunque esta ley promueve que los empleadores brinden seguro médico a sus trabajadores sin que interfiera

su estatus migratorio, se aplica únicamente para empresas grandes que ofrecen empleos con jornadas completas, es decir, lugares donde regularmente no laboran los inmigrantes indocumentados -ya que para acceder a este tipo de trabajos les solicitan el número de seguridad social que solo lo tienen las personas residentes o ciudadanas-. Bajo este mismo requisito se puede obtener un seguro de salud. La población indocumentada debe recibir atención por ley federal en situaciones de emergencia con la condicionante del pago de bolsillo por medio del *programa Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA)* (Rosales, 2019). Así también, una persona sin seguro debe recurrir a las llamadas clínicas comunitarias (primero y segundo nivel de atención) y pagar de su bolsillo honorarios basados en una escala de ingresos. El usuario no debe tener casi ingresos para poder ser atendido sin pagar (Iriart, 2016).

A pesar de su creciente número, los hispanos se identifican como el grupo étnico con la cobertura de seguro de salud más baja (Bustamante, Fang, Rizzo & Ortega, 2009). Zong y Batalova (2018) reportaron que, en 2017, 37% de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos no tenía seguro de salud. No contar con un seguro limita la capacidad de un individuo para obtener servicios de atención médica, como atención de emergencia, hospitalización y medicamentos recetados (Cornelius, 2000). Dado que la mayoría de los hispanos trabajan en empleos mal pagados que no ofrecen programas de atención médica, no compran seguro médico porque son los únicos proveedores de sus familias y no pueden pagarlo (Bustamante et al., 2009).

Algunos gobiernos estatales y locales, a través de los consulados mexicanos en EU ofrecen extensiones de programas de salud a todas las personas independientemente de su estatus migratorio. Aun así, los inmigrantes deben comprobar su residencia dentro del condado donde se ubica la clínica y demostrar tener ingresos bajos para ser elegibles. En su defecto, existen también redes de atención médica gratuita representadas por clínicas filantrópicas que proveen estabilización en situaciones de emergencia (Portes, Light & Fernández-Kelly, 2009), estas pueden

ser provistas en ocasiones por grupos religiosos o por grupos de migrantes con estatus legal organizados por medio del activismo político. Asimismo, el servicio exterior mexicano interviene a través de la Secretaría de Salud con la implementación de algunos programas como las Ventanillas de Salud, la Semana Binacional de Salud y el Programa de Repatriación de Connacionales Enfermos Graves; estas iniciativas ofrecen solamente información preventiva y de promoción a la salud, así como canalización a unidades de salud comunitarias en caso de requerir atención ambulatoria (Dirección General de Relaciones Internacionales (DGRI, 2015).

## **2.2. Barreras de atención en salud mental**

El estatus migratorio es un impedimento para la utilización de los servicios de atención de salud mental en los Estados Unidos y que el acceso a estos servicios no debe ser un privilegio basado en el estatus legal, especialmente con una población que se prevé siga creciendo (Chen & Vargas-Bustamente, 2011). Los inmigrantes en general y, los de México en Estados Unidos en particular, son una población vulnerable que tiene dificultades para acceder a los servicios de salud mental debido a varias barreras, tales como la desconfianza en las autoridades y la vulnerabilidad relacionada con el estatus migratorio, entre otros factores estructurales y culturales (Hatzenbuehler et al., 2017; Morey, 2018; Philbin, Flake, Hatzenbuehler & Hirsch, 2018).

Otras barreras subyacentes al acceso y la calidad de los servicios que se han identificado son el idioma, el estigma y falta de ajustes entre la cultura y los servicios tradicionales existentes de salud mental (Barrio & Yamada, 2010; Bledsoe, 2008; Kim et al., 2011; Rastogi et al., 2012). Crocker (2015) encontró que, ante la depresión y la ansiedad relacionadas con el estrés económico, el miedo a la detención, la separación familiar, el aislamiento social y el estrés familiar, los migrantes indocumentados llegan a usar servicios de clínicas gratuitas y de bajos ingresos con programas limitados de asesoramiento con personal voluntario. Sin embargo, reportan mucho

miedo a usarlos pues no quieren ser señalados como una “carga pública”, lo que pudiera interferir con sus posibles solicitudes futuras de ciudadanía.

Según Vega y Alegría (2001), la falta de seguro médico es una de las principales barreras para acceder a la atención de salud mental por parte de los latinos. Esto podría atribuirse al hecho de que los latinos tienen menos probabilidades de tener un seguro proporcionado por sus empleadores. En 2003, aproximadamente el 40% de los latinos recibió seguro a través de sus empleadores, en comparación con el 70% de los blancos (Moniz & Gorin, 2007). Como resultado, los latinos tendrían que asumir la deuda médica, y esto podría convertirse en una enorme carga financiera para ellos y sus familias. Esto es especialmente preocupante considerando que casi el 22% de las familias latinas viven bajo la línea del nivel de pobreza en comparación con el 10% de la población total en los Estados Unidos (Ruiz, 2002; López, 2002).

Barrera (2008) menciona que los servicios de salud mental generalmente no están ubicados en comunidades latinas, lo que representa un gran obstáculo para los latinos que viven en áreas rurales y trabajan en la industria agrícola, puesto que ellos tienen que tomar un importante tiempo laboral para llegar a tiempo a su cita. Esto crearía un recorte monetario en su cheque y, en última instancia, afectaría los ingresos del hogar. Si un cliente latino que trabaja en los campos acude a la terapia una vez a la semana durante una hora, esto equivaldría a entre 8 y 10 horas de trabajo perdido al mes (por viajar, organizar a la familia para cuidar a niños más pequeños, por ejemplo), lo que conllevaría a la reducción de aproximadamente el 10% del salario mensual (40 horas/semana laboral). En consecuencia, un cliente latino dejará de acudir al servicio. Además, la posibilidad de que el cliente latino pierda su trabajo como resultado de perder horas en el trabajo es muy alta (Barrera, 2008).

Por otro lado, el desconocimiento del inglés ha sido frecuentemente mencionado como una de las principales barreras para acceder a los servicios de salud mental entre las poblaciones latinas.

Una gran cantidad de investigaciones han documentado que personas de esta comunidad enfrentan dificultades para tratar de comunicar sus síntomas y sentimientos a los médicos. Como resultado, es posible que no sean diagnosticadas adecuadamente y que no reciban el tratamiento más efectivo (Rastogi, Massey-Hastings & Wieling, 2012). Además, la cantidad de proveedores de salud mental que hablan español es relativamente pequeña en comparación con los latinos en todo el país; solo el 4.6% de los psiquiatras son latinos (Cortez, 2016).

El estigma también se ha documentado como una barrera para acceder a los servicios de salud mental en esta población. Las preocupaciones acerca de ser estigmatizados por familiares y amigos, así como por la sociedad en general, pueden disuadir a las personas de seguir buscando tratamiento (Ruiz, Aguirre & Mitschke, 2013). Los estudios sobre el estigma confirman los altos niveles de actitudes negativas y estigmatizadoras sobre la enfermedad mental. Además, la investigación ha indicado que las poblaciones latinas comparten estas creencias estigmatizadoras; en un estudio sobre estigma y depresión realizado en Los Ángeles, se encontró que los latinos optaban por distanciarse socialmente de las personas con depresión, de manera tenían niveles altos de estigma al uso de antidepresivos y al tratamiento de la depresión en general (Interian et al., 2010). Quienes reportaron niveles más altos de estigma percibido tenían menos probabilidades de revelar su diagnóstico de depresión a sus familiares y amigos, menos probabilidades de estar tomando medicamentos para la depresión, y ende, menos probabilidades de poder controlar su depresión y más probabilidades de haber no asistir a sus citas médicas (Vega, Rodríguez & Ang, 2010).

Las personas pueden estar preocupadas de que, como resultado de esta estigmatización, se enfrentarán a la discriminación de los demás (Cortez, 2016). Dupree, Herrera, Martínez-Tyson, Jang y King-Kallimanis (2010) señalan que los adultos jóvenes latinos manifestaron desaprobación familiar y creencias relacionadas con el hecho de que los problemas de salud mental deben

permanecer en el ámbito de lo privado, convirtiéndose esto en una barrera para acceder a los servicios.

Ayón en 2017, identificó que las políticas discriminatorias impiden que los latinos sin documentos tengan acceso a los servicios de salud mental, pues se incrementan las barreras para acceder a los servicios de salud al aumentar el temor de las personas a ser detectadas por las autoridades de inmigración y, en consecuencia, a ser expulsadas. Así pues, el temor a la deportación y la consecuente pérdida de la familia y amigos es la razón por la cual muchos latinos no buscan tratamiento para los síntomas de salud mental. Aquellos sin documentos pueden no confiar en un sistema que a menudo está en contra de ellos; esta forma de discriminación solo amplía las disparidades en la utilización de los servicios de salud mental (Ayón, 2017). En la misma línea, Pérez (2014) indica que las políticas que se han creado dificultan el acceso de los latinos a servicios de salud mental adecuados y frecuentemente ignoran la discriminación como una barrera para el tratamiento de la salud mental.

Cuando buscan tratamiento, los latinos tienen dificultades para comunicarse con un proveedor de servicios de salud mental que pueda ser empático con sus experiencias de vida. Los servicios de salud tendrían que proporcionar a su personal las herramientas necesarias para comprender y apoyar a esta población. Si se continúan ignorando las políticas relacionadas con la inmigración, los latinos seguirán recibiendo servicios de salud inadecuados. La necesidad de mejorar los servicios no debe ignorarse ya que muchos latinos continúan huyendo de sus países de origen, que están plagados de violencia política e incertidumbre (Pérez, 2014).

La aculturación también parece tener un impacto en si los latinos buscan o no servicios de salud mental. Según Wells, Golding y Hough (1989), cuanto más aculturada está la persona, más dispuesta está a buscar servicios de salud mental. Esto puede deberse a la posibilidad de que los latinos que están más aculturados puedan hablar mejor inglés, saben dónde se encuentran los

servicios, pueden tener un mejor empleo que les ofrezca cobertura de salud mental y entiendan mejor el proceso de tratamiento que contribuye a frecuencias más altas de visitas.

### **2.3 El proceso Salud-Enfermedad-Atención**

Anteriormente se habló sobre el contexto social y político en el que viven los mexicanos indocumentados en EU. Para más adelante poder entender el malestar emocional que pueden experimentar, es importante tener un marco de comprensión. Por ello, en este apartado pretendo dar cuenta del proceso salud-enfermedad-atención y los modos de atención que se utilizan para atenderla y afrontarla.

El proceso salud-enfermedad es un continuo que pretende un abordaje más allá de lo normal y lo patológico, lo que en el caso de la salud mental se plantea la posibilidad de su abordaje utilizando el término de *malestar emocional*, un concepto difícil de asir y de delimitar, pero que nos acerca más al significado subjetivo desde la perspectiva de la población. Este concepto lo desarrollaré a profundidad en el capítulo cuatro.

En un ensayo escrito por Laura Moreno (2007), se señala que en la construcción del concepto de salud ha predominado la explicación biomédica. Asimismo, señala que es evidente que no puede limitarse solo a dicha mirada y visibiliza la relevancia de ampliar la comprensión y estudio de la enfermedad a través de considerar la perspectiva de varias disciplinas: la antropología, la salud pública, la epidemiología, la historia, la sociología, la psicología, la política y la economía, entre otras.

Este proceso de comprensión ha llevado décadas y seguramente seguirá siendo estudiado debido a que la noción de salud cambia de acuerdo con el contexto histórico y cultural. Al respecto, Bibeau y Corin señalan que la complejidad del proceso salud-enfermedad se ha evidenciado a partir del estudio de las experiencias subjetivas de enfermar y reafirman la necesidad de comprender el

contexto local, es decir, de explorar la relación entre los significados, las condiciones externas que producen la enfermedad (contexto económico-político e histórico) y la experiencia de enfermarse (tomado de Moreno, 2007).

Evia Bertullo menciona que desde la antropología médica se han intentado desnaturalizar y cuestionar las concepciones de salud y enfermedad. La autora explica que “ni la salud es algún tipo de estado absoluto de bienestar ni la enfermedad es un resultado directo de un patógeno o de un disturbio fisiológico” (2015, p. 538).

Eduardo Menéndez, por su parte, habla del proceso de *salud/enfermedad/atención/prevenición* (SEAP). En una entrevista realizada en 2012 por la revista *Trabalho, Educação e Saúde* de Rio de Janeiro, Brasil, Menéndez declaró que esta concepción trata de superar las propuestas que sólo focalizan la salud y la enfermedad. Explica que, para él, “toda enfermedad, todo padecimiento, implica necesariamente la existencia de formas de atención y de prevención, que debieran buscarse a través de lo que hacen los sujetos y grupos sociales con sus padecimientos. Pensar sólo en términos de salud/enfermedad, es en cierta medida eliminar, o por lo menos poner entre paréntesis, lo que hacen los sujetos, grupos, sociedades para enfrentar sus enfermedades. Es colocar el eje únicamente en los determinantes sociales de la enfermedad y reducir las acciones a la prevención. El proceso no debiera reducirse a la enfermedad -dado que como sabemos la salud prácticamente no se estudia- sino que debiera incluir la atención y la prevención como partes necesarias de un proceso que potencialmente las incluye” (Menéndez, 2012, p. 340).

## 2.4 Los modelos de atención a la salud/enfermedad

Menéndez plantea un concepto de Modelo que proviene del estructuralismo durkheimiano y del historicismo de Max Weber. En palabras de Menéndez “esta noción de modelo parte del supuesto de que toda realidad social es compleja, en cierta medida inabarcable y que, por lo tanto, necesitamos generar modelos que organicen provisoriamente esa realidad, para luego estudiarla empíricamente” (Menéndez, 2012, p. 339). La noción de modelo que maneja Menéndez admite una constante relación entre la realidad construida como modelo y la historicidad de esa realidad.

A partir del análisis de las relaciones de hegemonía/subalternidad plantea tres Modelos Médicos de atención reconocidos (Menéndez 1988; 1992; 2003; Osorio, 2001): el hegemónico, el alternativo subordinado y el basado en la autoatención.

- a) El Modelo Médico Hegemónico (MMH) incluye a la biomedicina, la medicina alopática o medicina científica y nos permite comprender el saber médico en términos de sus racionalidades ideológico-técnicas. Se refiere al conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (Menéndez, 1988). Menéndez plantea que el modelo médico hegemónico intenta la exclusión ideológica y jurídica de otros modelos alternativos.
- b) El Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS), integra las prácticas médicas reconocidas como “tradicionales”, así como otras prácticas médicas alternativas. Como la acupuntura, la herbolaria, prácticas espiritistas y otras que el modelo médico hegemónico ha tendido a estigmatizar o a subordinar ideológica e institucionalmente. Las características

básicas de este modelo son: la concepción globalizadora de los padecimientos y problemas (las acciones terapéuticas suponen casi siempre la eficacia simbólica y a la sociabilidad como condicionantes de la eficacia), tendencia al pragmatismo, asimetría en la relación curador-paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimación grupal de las actividades curativas y tendencia creciente a la mercantilización (Menéndez, 1992).

De este modelo es preciso rescatar el lugar predominante del curador, pues es lo que lo coloca en posición simétrica con el MMH, se trata pues de un conocimiento organizado y consistente facilitado por una figura reconocida por la comunidad, de ahí y de su carácter sociocultural se explica su eficacia simbólica.

- c) El Modelo médico basado en la autoatención (MMA), considera el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas de sus grupos parentales o comunales y en el cual no actúa directamente un curador profesional. Esta autoatención supone desde acciones “conscientes” de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinado grado de complejidad (Menéndez, 1992). La diferencia principal con los otros modelos es que aquí no hay intervención ni está organizada por profesionales de la salud.

Menéndez enfatiza en que si se parte de los comportamientos de las personas y grupos (étnicos, religiosos, etc.) respecto de sus padeceres, se encuentra que los mismos utilizarían potencialmente todas o casi las formas de atención: (1) la de tipo biomédico, referida a médicos del primer nivel de atención y del nivel de especialidades para padecimientos físicos y mentales que la biomedicina reconoce como enfermedades; (2) la “popular” y la “tradicional”, expresadas también a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, espiritualistas, yerberos, chamanes, etc. Aquí también se incluyen los santos o figuras religiosas tanto cristianas como de otros cultos; (3) las alternativas, paralelas o *new age*

que incluyen a sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc; (4) las devenidas de otras tradiciones médicas académicas: acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina, etc., y; (5) las centradas en la ayuda mutua: Alcohólicos anónimos (AA), Neuróticos Anónimos (NA), clubes cuya característica básica radica en que están organizadas y orientadas por las personas que padecen o copadecen algún tipo de problema. Este uso de diversos recursos se llama pluralismo médico que es el modo en que se explicaría un aspecto crucial de la atención: la eficacia pragmática, es decir, al individuo no le importa el origen de su recurso terapéutico, puede perfectamente usar imanes, acupuntura, hierbas y aspirinas. Esa mezcla y diversidad de recursos se explica vía estas dos nociones.

Menéndez (2003) señala que esta clasificación de las formas de atención puede ampliarse y/o modificarse, ya que no son formas estáticas y aisladas cada una en sí misma, dado que existe un proceso dinámico entre las actividades devenidas de diferentes formas de atención; es decir, que las mismas no funcionan siempre de forma excluyente sino también a través de relaciones entre dos o más formas de atención. Incluso menciona que se puede generar algún tipo de articulación entre diferentes formas de atención. Este proceso dinámico conocido como transacción se entiende como el transitar de un modelo a otro o, dicho de otra forma, la utilización de recursos de los tres modelos si el individuo lo requiere, sin discriminar de qué modelo son; la decisión de utilizarlo depende de la eficacia pragmática que el individuo defina de acuerdo con el padecimiento que en ese momento pretenda solucionar.

Para ejemplificar lo anterior, el autor relata el caso de los grupos de Alcohólicos Anónimos y la actitud biomédica hacia los mismos, especialmente en México, donde el sector salud los rechazó en forma tácita o explícita; algunos psiquiatras o epidemiólogos sostenían que los grupos de AA no se expandirían por Latinoamérica debido a razones de tipo cultural, especialmente religiosas, cuestión que hasta el momento ha sido refutada. México es uno de los países que tienen

un mayor número de grupos a nivel mundial (Menéndez, 1990; Menéndez & Di Pardo, 1996; Menéndez, 1999), y gran parte del tratamiento por problemas en el consumo de alcohol está centrado en estos grupos.

Haro (2000) también ha basado su trabajo en el análisis del funcionamiento de los sistemas o modelos de salud, integrando ideas de diferentes autores, principalmente a Menéndez. En su modelo, como ya se mencionó, se distinguen cuatro formas básicas para atender las necesidades de salud (ya sean de tipo físico, social o psíquico): (a) el autocuidado/autoatención, (b) la autoayuda/autogestión, (c) la atención médica profesional y, (d) la atención alternativa. A pesar de esta subdivisión, este autor menciona que no son mutuamente excluyentes, sino que permiten formas híbridas o intermedias. En este sentido, la atención médica profesional se relaciona con el autocuidado y autoatención como sucede cuando se consultan manuales, recetarios, enciclopedias que proliferan y están accesibles en los medios de comunicación, en fuentes impresas y en sitios web. Otra forma intermedia está representada en el modelo por los grupos de apoyo para pacientes que funcionan por iniciativa de profesionales de la salud. Haro, al igual que Menéndez, señala que las formas presentadas en el modelo están subordinadas históricamente por la atención médica profesional.

De los modelos presentados, utilizaré el propuesto por Menéndez como hilo referente en este trabajo y que me servirá de guía para el análisis de las prácticas reportadas por los inmigrantes indocumentados. En el capítulo cuatro de este documento abordaré dicho modelo de forma detallada.

### **Capítulo 3. Los malestares emocionales y la relevancia del contexto político y sociocultural**

Desde la antropología de la salud, se plantea que las sociedades producen malestar (*sickness*), incorporándose la dimensión objetiva de enfermedad (*disease*) y subjetiva de padecimiento (*illness*) (Osorio, 2001). Kleinman definió a la enfermedad (*disease*) como un mal funcionamiento o una mala adaptación de los procesos biológicos y/o psicosociales, un estado patológico anormal de la estructura o función de los órganos o sistemas del cuerpo a pesar de que el mismo no sea reconocido social o culturalmente. Esta es la construcción elaborada desde la biomedicina (Kleinman, 1980).

El padecimiento (*illness*) por su parte, se refiere a la experiencia psicosocial y al significado de la enfermedad o enfermedad percibida, lo cual también es una construcción que incluye los procesos de atención, percepción, respuesta afectiva, cognición y evaluación dirigida a la enfermedad y sus manifestaciones, por parte del enfermo, su familia o las redes sociales. Kleinman considera el padecimiento como la configuración cultural que adquiere la enfermedad en términos de conductas, experiencias, problemas y demandas. Así también, define el malestar (*sickness*) como cualquier desorden que afecte a la población tomando en cuenta las fuerzas macrosociales (económicas políticas e institucionales) que lo condicionan (Kleinman, 1980).

#### **3.1 El malestar emocional**

El malestar emocional suele considerarse como una experiencia emocional desagradable, que incluye manifestaciones ansiosas, depresivas y somáticas que no cubren criterios para ser consideradas psicopatológicas. “[...] Se trata de un indicador de sensaciones y percepciones de la condición emocional ligadas al sufrimiento, el dolor, la tensión y la angustia, además de tristeza, desesperación, enojo, desánimo; es decir, el sentirse tirado a la basura [...]. Sin embargo, no equivale a la presencia de enfermedades mentales, sino que se refiere al bienestar mermado por la

condición de vulnerabilidad que la persona experimenta. Se plantea como desazón, incomodidad o sentirse mal, y aparece como un conjunto de síntomas mal definidos y sin causa orgánica demostrable, manifestado a través de síntomas y sensaciones asociadas: tristeza, sentimiento de vacío, dolores musculares, de cabeza, o de ambos, insomnio, fatiga, preocupación, nervios e irritabilidad” (Maya Pérez et al., 2019, pp. 31-32). Es “un sufrimiento que puede ser descifrado y expresado en palabras y que aparece en el cuerpo como síntomas mal definidos y sin causa orgánica demostrable” (Burin, 1990, p. 50).

Se ha señalado que este malestar se vincula estrechamente con las condiciones de vida. Al respecto cabe destacar que, como menciona Velasco (2005), parece ser proporcionalmente mayor en las mujeres que en los varones. Como evidencian Salgado, Díaz y Ojeda (2000) esto responde al mayor número de responsabilidades y obligaciones asignadas a las mujeres debido a su género. En esta línea fue precisamente con base a sus estudios en torno al *malestar de las mujeres*, que Mabel Burin (1990) lo define como “una sensación subjetiva de padecimiento psíquico que no se encuentra dentro de los criterios clásicos de enfermedad, sino que se corresponde con conflictos psicosociales” (p. 50).

Este concepto se ha utilizado para comprender problemas de salud mental de los hombres utilizando un enfoque de masculinidades (Fleiz, 2008). Asimismo, se ha utilizado como un concepto no estigmatizante y sin una carga psicopatológica para abordar las dificultades psicológicas de pacientes de diversos padecimientos como el cáncer (Hernández et al., 2012).

En México, Berenzon y colaboradores (2009) han realizado estudios desde el concepto de malestar emocional y explican que este tipo de malestares no siempre coinciden con modelos de la biomedicina o la psicología “porque se construyen a partir de los conocimientos legos” (p. 475). En uno de sus estudios, realizado en 2014 con mujeres en centros de salud, concluyen que “el malestar emocional en las mujeres sólo se podrá detectar y atender en la medida en que se

comprenda que, en su origen, se conjugan diversos factores. Estos factores se asocian con su biografía, con las condicionantes de género y con la forma en que se experimentan y se da significado a las circunstancias socioculturales” (Berenzon et al., 2014, p. 318).

Otros estudios sobre los padecimientos emocionales en comunidad se han realizado desde la investigación cualitativa y desde la construcción social de significados. Mora-Ríos ha encontrado que el discurso sobre estados emocionales fue el más importante para su población de estudio, ya que este parece estar relacionado no sólo con problemas y dinámicas intrafamiliares, sino también con las condiciones sociales y materiales de vida (Mora-Ríos, et al., 2003). La autora encontró en otro de sus estudios que los padecimientos relacionados con el estrés, que incluían malestar emocional y manifestaciones somáticas ocuparon el segundo lugar del total de los padecimientos reportados por sus entrevistados. En este mismo estudio encontró que en el caso de las mujeres, la pareja aparece como una de las principales fuentes de malestar. Asimismo, los entrevistados señalaron el contexto socioeconómico como fuente de malestar (Mora-Ríos & Ito-Sugiyama, 2003).

En síntesis, los puntos de acuerdo de los autores revisados aluden al hecho de que el concepto de malestar rompe la dualidad del binomio salud-enfermedad, que tiene un origen social, que se construye en la cotidianidad y que debe estudiarse desde el contexto de los sujetos o poblaciones de estudio.

Antes de tomar la decisión de abordar en esta tesis la salud mental en los IMI desde el malestar emocional, se hicieron varias revisiones de literatura. Al inicio el objetivo era encontrar estudios sobre salud mental, la mayoría de los encontrados se centraban en trastornos diagnosticados, en las últimas búsquedas la revisión se hizo sobre estudios centrados en malestar emocional, algunos de ellos se reportarán en el siguiente apartado.

Durante este proceso de revisión de la literatura, se encontró que en la primera década del siglo, la mayor parte de la investigación realizada en la población migrante era liderada por estudios

epidemiológicos, enfocados principalmente en comparar la prevalencia de trastornos mentales de hispanos/latinos con otros grupos étnicos o de hispanos, negros no hispanos y blancos no hispanos, sin especificar el estatus migratorio, especialmente los indocumentados (Breslau et al., 2011; Jiménez Castro et al., 2011). A partir de 2015, en los estudios encontrados, aunque en una gran parte de la investigación realizada se sigue haciendo énfasis en la comparación por razas, grupos étnicos o estado de nacimiento, ya se está tomando en cuenta el estatus migratorio indocumentado como factor preponderante en la salud mental y algunos de ellos considerando el malestar emocional (Galván et al., 2015; Garcini et al., 2017 & Ross, et al., 2019).

Por otro lado, en 2016 Garcini et al, publicaron los resultados de una revisión sistemática donde evaluaron los diseños de estudio, la metodología, las características de los participantes y el estatus migratorio en estudios sobre la salud mental de los migrantes indocumentados en EU. De los 24 estudios encontrados, describen las diferencias entre los que utilizaron metodología cuantitativa (14) y los de diseño cualitativo (13), así como la aproximación que cada uno hace para evaluar la salud mental. Ellos resaltan que la mayoría de los estudios evaluaron de forma imprecisa el estatus migratorio y que, además, cuando se hace, no se diferencia por el historial de migración, por ejemplo., aquellos que se vuelven indocumentados por quedarse más tiempo una vez que vencen sus visas versus cruzar la frontera ilegalmente. Otro punto señalado en sus resultados es que la medición de la salud mental en los estudios cuantitativos sí es mediante instrumentos estandarizados y en los cualitativos se hace más referencia al malestar emocional y a factores estresantes relacionados con la migración. Los autores concluyen que el uso de información cualitativa para complementar los datos cuantitativos es particularmente valioso con esta población dadas las variaciones en el significado y la presentación de los síntomas de salud mental que pueden categorizarse con mayor precisión como síndromes ligados a la cultura (Garcini et al; 2016).

### **3.2 El malestar emocional en inmigrantes indocumentados mexicanos: relevancia del contexto**

Garcini et al. (2021) en una revisión sistemática encontraron que, de 44 estudios en inmigrantes indocumentados mexicanos incluidos, 15 realizados con metodología cualitativa reportaban datos sobre bienestar emocional y angustia emocional. Los temas explorados sobre bienestar emocional incluyeron autoestima/confianza en sí mismo, bienestar general, resiliencia, emociones positivas, emociones negativas y dinámicas interpersonales. Los temas relacionados con la angustia emocional incluyeron ansiedad, angustia psicológica general, depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT), tendencias suicidas y síntomas psiquiátricos. El consumo de sustancias apareció como tema en tres de dichos estudios. La mayoría de los estudios cualitativos dan descripciones detalladas de cómo los migrantes indocumentados experimentan la angustia. Por ejemplo, Fernández-Esquer (2017) describe que el estatus de indocumentado significa vivir en un estado constante de inestabilidad, inseguridad e hipervigilancia, que afecta negativamente su entorno social, trabajo, salud y condiciones de vida.

Brabeck (2016) y Cross (2020) señalan que los factores estresantes a menudo son el resultado de un patrón sistemático de marginación y desventaja que tienen efectos perjudiciales en la salud mental del inmigrante indocumentado y de su sistema familiar. Al respecto, Del Real (2019) señala que existe una fusión entre ser de origen mexicano y la categoría "inmigrante indocumentado" que estigmatiza a los mexicanos indocumentados. Con base en su estudio cualitativo realizado con 30 adultos jóvenes indocumentados mexicanos y con 22 adultos jóvenes de ascendencia mexicana nacidos en EUA, la autora reporta que todos los participantes habían experimentado rechazo y discriminación cuando habían sido percibidos o se había asumido que eran mexicanos indocumentados. Sin embargo, aquellos nacidos en EUA pudieron mitigar los factores estresantes asociados con el estigma al demostrar su legalidad (por ejemplo, mostrando

pasaporte estadounidense), señalando así a los posibles acosadores que tenían derechos, beneficios y protección legal. En contraste, los mexicanos indocumentados que fueron maltratados debido a su estatus migratorio y nacionalidad no pudieron aliviar fácilmente las repercusiones del incidente, lo que resultó en consecuencias negativas para su bienestar psicológico. Los adultos jóvenes indocumentados encontraron estos incidentes muy estresantes porque eran humillantes, los habían excluido de recursos y oportunidades valiosos, y los había obligado a incurrir en cargas financieras (por ejemplo, multas injustas) que interrumpieron su transición a procesos hacia la adultez como la paternidad y el avance en el mercado laboral. Por todo lo anterior, puede considerarse que el estigma de la “ilegalidad mexicana” es un factor estresante y fuente de angustia para los adultos jóvenes indocumentados mexicanos en EUA, y que a medida que se intensifica la oposición a la migración indocumentada, el contexto hostil puede afectar mayormente su bienestar psicológico.

Otras formas de malestar emocional reportadas fueron el estrés aculturativo y el trauma. El primero hace referencia al estrés que experimentan los inmigrantes cuando intentan adaptarse a una nueva cultura mientras preservan la propia y está asociado con la disminución de la salud mental (Buckingham & Suarez Pedraza, 2019). En particular, los niveles más altos de estrés aculturativo influyeron en la depresión y la ansiedad. El trauma también surgió como un factor estresante que afecta negativamente la salud mental y el bienestar de los migrantes indocumentados, particularmente ante el acceso limitado a los servicios sociales y de salud debido al temor a la deportación, la desconfianza de las agencias gubernamentales, la vergüenza y la barrera del idioma (Gowin, 2017).

Como se observa, es importante considerar la relevancia que tiene el estatus migratorio en las experiencias cotidianas de los migrantes indocumentados y cómo estas tienen un impacto en su salud, incluida su salud mental (Viruell-Fuentes et al, 2012). De acuerdo Kline (2016), quien realizó un estudio cualitativo con 45 inmigrantes indocumentados que residían en Atlanta, Georgia,

la vigilancia policial impacta directamente en la salud de las personas, dado que se produce un tipo de gobernanza basada en el miedo que altera los comportamientos de salud de los inmigrantes y restringe los sitios para buscar servicios de salud. Un ejemplo concreto es el temor que experimentan al conducir sin licencia en dicha ciudad después de una detención de la policía, o la alteración de sus patrones de movilidad debido a la vigilancia policial, que les obligó a cambiar el lugar donde buscaban su atención médica.

En Arizona, se realizó un estudio con 54 inmigrantes latinos (52 mexicanos) en el que se exploraron las afectaciones emocionales y conductuales de los migrantes. Los hallazgos indican que las personas reportan temor a ser detenidas, a ser deportadas y a ser separadas de sus familiares. Además, experimentaron prácticas de explotación en el lugar de trabajo e intimidación a través de infracciones de tránsito. También se encontró que las redes de apoyo social cambian y se debilitan constantemente cuando las familias se reubican en busca de comunidades amigables con los inmigrantes. Lo reportado por los participantes en este estudio coincide con los hallazgos de Kline (2016) con respecto al miedo a ser detenido por manejar sin licencia.

LeBrón et al. (2018) entre 2013 y 2014, entrevistaron a 48 mujeres de origen mexicano de diversas generaciones que vivían en Detroit, Michigan. El estudio examinó las implicaciones para la salud de las mujeres de origen mexicano en esa ciudad en un contexto prolongado de políticas y prácticas restrictivas. Estas políticas efectivamente afectaron de manera directa más a las mujeres que carecían o no podían probar su condición legal. Dentro de los hallazgos, resaltan las barreras y bloqueos en busca de la legalización y la ciudadanía, la exclusión de inmigrantes indocumentados para tener acceso a licencias de conducir en Michigan o a identificaciones estatales, así como el acceso restringido a recursos sociales y económicos. Estas políticas operan sinérgicamente para empeorar los estresores asociados a la raza y evitar el acceso a recursos relacionados con la salud.

Los hallazgos reportados sugieren que los procesos de vigilancia de inmigrantes sirven como estresores que afectan a las comunidades mexicanas directamente.

Llama la atención que al realizar la revisión de literatura encontré varias tesis de posgrado hechas en Estados Unidos por hijos de padres migrantes (Garcini, 2016; González, 2018; Samaniego, 2014), incluyendo el estudio en jóvenes acreedores del Programa de Acción Diferida para los jóvenes llegados en la Infancia en Estados Unidos (*Deferred Action for Childhood Arrivals Program –DACA*<sup>4</sup>) (Sánchez, 2019).

Samaniego en 2014, estudió cómo “ser indocumentado” impacta en la salud mental de los inmigrantes mexicanos indocumentados. El estudio fue cualitativo y entrevistó a ocho participantes que vivían en la región de las Montañas Rocosas (Idaho, Montana, Wyoming, Colorado y Nuevo México). La autora encontró temas comunes en los relatos como: bajos salarios; culpa; miedo a conducir; dificultades financieras; aislamiento social; limitaciones exclusivas para los inmigrantes indocumentados, así como acceso restringido a la atención médica, carencia de oportunidades de educación superior y limitadas para el empleo; sensación de invisibilidad en la cultura

---

<sup>4</sup> El presidente Obama anunció la implementación del DACA el 15 de junio del 2012, que implicó “retrasar la deportación de “ciertos jóvenes que llegaron a este país cuando eran niños y que sólo han conocido a este país como su hogar.” (...) Los jóvenes que desearan solicitar acogerse al programa DACA debían cumplir con los siguientes requisitos: (1) haber llegado a EUA antes de haber cumplido 16 años de edad; (2) haber vivido en EUA desde el 2007 como mínimo y estar físicamente presentes en el país al momento del anuncio del Programa; (3) ser estudiantes o graduados como mínimo de la escuela preparatoria o estar sirviendo en las fuerzas armadas de los EUA; (4) no tener antecedentes penales ni ser considerado una amenaza para la seguridad nacional del país; y (5) ser menor de 31 años al momento del anuncio.” (Sánchez, 2019, p.34)

“Se calcula que, desde su creación en 2012 hasta la fecha, casi 700, 000 jóvenes se incorporaron al programa DACA. Este programa permitió a los jóvenes que estaban incorporados a la cultura estadounidense mayores oportunidades educativas y laborales, pero sin dar una solución permanente a los jóvenes migrantes. Con la llegada del presidente Donald Trump a los Estados Unidos en 2017, intentó cancelar el programa DACA argumentado que el presidente Obama se había excedido en sus facultades como ejecutivo sin la autorización del congreso. Después de un largo proceso judicial en el que varios estados de la unión demandaron a la administración Trump por los daños que la cancelación de DACA causara, la Suprema Corte 80 ordenó que dicho programa podía continuar operando y que los jóvenes que cumplieran con los requisitos podrían seguir solicitando acceder a DACA” (Sánchez, 2019, p. 79).

estadounidense; problemas legales relacionados con la inmigración; impacto psicológico que incluye angustia psicológica, estrés, falta de confianza en sí mismos, sensación de desilusión, dificultades de adaptación cultural, tolerancia a las injusticias; y percepción de más oportunidades en EUA que en México.

Así pues, cabe destacar que, en los estudios encontrados, el estatus migratorio es un factor fundamental que afecta la vida cotidiana de los migrantes indocumentados; la amenaza de deportación y las pérdidas relacionadas con la migración, como la separación familiar y las dificultades en la movilidad, repercuten en su salud mental, pudiendo manifestarse en síntomas psicológicos y somáticos, y efectos adversos sobre la identidad y la autoestima.

## Capítulo 4. El Modelo médico basado en la autoatención

Como se desarrolló previamente, este modelo está basado en el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas de sus grupos parentales o comunales y en el cual no actúa directamente un curador profesional. Esto supone desde acciones “conscientes” de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinado grado de complejidad (Menéndez, 1992), sin que intervengan profesionales de la salud.

### 4.1 Las prácticas de autoatención

Las prácticas de autoatención hacen referencia a acciones que busquen prevenir, aliviar, controlar, o curar algún padecimiento real o imaginario (Menéndez, 1994, 2003, 2013). Estas prácticas, que a menudo son consideradas antagónicas, son integradas y valoradas en función de su eficacia pragmática. Desde esta perspectiva, el acercamiento a las formas de atención se debe hacer con la observación y registro que los sujetos hacen para atender sus padecimientos y no a partir de los curadores, sean estos biomédicos, alternativos o tradicionales; la colocación de los sujetos o grupos sociales en el eje de análisis de las prácticas permite observar un uso articulado de los recursos y no las formas excluyentes, cosa que sucedería si se partiera de la función del curador. Comprender las prácticas cotidianas desde los conjuntos sociales permite visibilizar entonces las acciones que los sujetos realizan para poder gestionar con sus propios recursos y saberes las exigencias de salud que les son comunes.

Dado el escaso o nulo uso que hacen los inmigrantes mexicanos indocumentados del sistema de salud formal por los motivos revisados en el capítulo anterior, es importante conocer cuáles son las formas de atención que utilizan para hacer frente a sus malestares emocionales. Haro (2000) plantea una propuesta centrada en lo que denomina la *atención no profesional* de la salud, en donde considera la definición y estudio del cuidado que denomina lego o “profano” de la salud.

De dicho modelo cabe señalar que los términos de autocuidado, autoatención y autoayuda/autogestión permiten construir el espectro en que se proporcionan los cuidados profanos de la salud: (a) El autocuidado denota las prácticas centradas en la prevención y la promoción de la salud, que se dan en la vida cotidiana y se centran en los individuos o el grupo doméstico, (b) La autoatención se refiere a las prácticas relativas a los episodios de enfermedad o cualquier tipo de sufrimiento, y que activan las respuestas colectivas, esto a su vez servirá para ubicar las relaciones en que se inscriban estas prácticas y que abarca tanto al grupo doméstico como a las redes sociales y, (c) la autoayuda/autogestión referida a iniciativas que ofrecen opciones de atención que complementan y compiten, pero que, sobre todo, tienden a cuestionar la oferta de la atención médica profesional; están expresamente organizadas para la atención de problemas de salud y son genuinamente autogestionadas.

Tanto Menéndez como Haro ponen a la autoatención como el primer nivel real de atención, y coinciden en que este modelo está en la base de todos los demás y su estructura se basa en las funciones no solo curativas, sino también las socioeconómicas (Menéndez, 1983). En esta atención, no actúa un curador profesional. Estas actividades se refieren a todos los pasos dados para hallar una solución provisoria o definitiva a los padecimientos, males u otros, que alteren el estado de salud de los componentes de los grupos. Asimismo, en el proceso de salud/enfermedad/atención, como lo afirma Haro, se activan una serie de relaciones tanto formales como informales, donde se puede encontrar la asistencia por personal dependiente de farmacias, familiares, vecinos y otros. A la acción del constante intercambio de información de unos actores con otros y que esta información sea reinterpretada por los individuos, Menéndez la nombra transacciones.

Los modelos desarrollados por los dos autores mencionados anteriormente se complementan y permiten entender las formas de atención que utilizan los migrantes indocumentados. Por ejemplo, el concepto de hegemonía y subalternidad que maneja (Menéndez,

2018) permite entender el lugar social que los migrantes indocumentados tienen en EU, como grupo social, en la estructura política y económica de dicho país, que a su vez los expone como grupo subordinado, por la atención a la que pueden acceder. Previamente ya se explicó el sistema de salud en EU y las diversas barreras a las que se enfrentan los migrantes indocumentados para acceder a estos servicios formales, por lo que es importante explorar estas otras maneras que utilizan para abordar sus malestares emocionales.

#### **4.2 Las prácticas de autoatención en inmigrantes mexicanos indocumentados**

En este apartado se presentan artículos que abordan las prácticas de atención que utilizan los migrantes fuera de los servicios formales de atención a la salud, y como veremos, destacan la automedicación, el uso de redes sociales locales y en particular las transnacionales, así como la religiosidad.

Un estudio cualitativo describió y comparó las prácticas de automedicación en dos grupos de inmigrantes mexicanos de California: familias que viven a lo largo de la frontera cerca de Tijuana, México, y familias de trabajadores agrícolas migrantes que residen en campamentos ilegales y viviendas precarias en San Diego. En él se encontró que las prácticas de búsqueda de medicamentos y salud varían según los contextos político-económicos, socioculturales y geográficos específicos en los que viven las diferentes subpoblaciones. La zona fronteriza de California-México se examinó como un contexto importante para considerar las conductas de automedicación, ya que permite cruzar la frontera hacia Tijuana con el fin de comprar medicamentos mexicanos a bajo costo y sin receta médica. La popularidad de las inyecciones entre los mexicanos de California y la compra transfronteriza de antibióticos y vitaminas inyectables se analizaron como temas de particular relevancia para los inmigrantes que viven a lo largo de la frontera (Pylypa, 2001).

Así, Wolcott-MacCausland y colaboradores (2020) realizaron un estudio con 34 inmigrantes latinos agrícolas en Vermont, donde exploraron el uso de prácticas de automedicación con productos de salud fabricados y vendidos en el extranjero y que son solicitados por correo entre la población. Los autores señalan que la familiaridad y confianza en los medicamentos farmacéuticos latinoamericanos, y experiencias variadas en el acceso a los servicios de salud, son factores significativos que influyen en la decisión de solicitar productos de salud por correo.

Keller y Alishio-Caballero en 2021, recabaron datos entre 2010 y 2017 en México y EE. UU. con 56 personas de pueblos indígenas en Veracruz que trabajaban en granjas lecheras en Wisconsin y Minnesota, así como entrevistas a expertos. Ellos encontraron que las estrategias entre los inmigrantes indocumentados e indígenas fueron: demorar la atención, depender de los vínculos locales, consultas de salud transfronterizas, paquetes de salud transfronterizos y regresar su lugar de origen por motivos de salud. Además, encontraron que las mujeres en la familia o la comunidad a menudo facilitaban la actividad de salud transfronteriza, y que la medicina popular tradicional era común. Esto concuerda con el estudio cualitativo de Ríos Casas y colaboradores (2020) con inmigrantes latinas mayoritariamente indocumentadas, quienes señalaron que, ante situaciones estresantes, confían en las redes sociales transnacionales y las conexiones con otras mujeres inmigrantes latinas. Los lazos sociales con la familia en los EU también les ayudaron a aliviar el aislamiento social y acceder a recursos como los servicios sociales. Las participantes informaron el deseo de probar otras estrategias para hacer frente a los factores estresantes relacionados con la inmigración, incluida la búsqueda de tratamiento profesional de salud mental y diversas formas de cuidado personal, como el ejercicio físico, pero admitieron que a menudo se les dificultaba encontrar el tiempo o los medios para emplear estas estrategias.

Sternberg y Barry en 2011, entrevistaron a ocho mujeres indocumentadas residentes de Florida, dos eran mexicanas. El objetivo del estudio era explorar las experiencias de madres latinas transnacionales que emigraron a los Estados Unidos sin documentación legal. Ante las expresiones de tristeza, culpa, preocupación, miedo, pérdida e incertidumbre estas mujeres consideran a la familia como el centro de su organización social, ya que les brinda un apoyo emocional y práctico vital; también la fe en Dios les ayudó a soportar la angustia de extrañar a sus hijos y familiares y la ansiedad de estar en un país donde se las estigmatiza. En esta línea, un estudio realizado con 60 hombres y mujeres mexicanos exploró cómo la devoción compartida a la Virgen de Guadalupe entre los inmigrantes en las zonas rurales de Mississippi amortigua los efectos del estrés migratorio. Los resultados mostraron que la consonancia con el modelo cultural de la devoción guadalupana amortigua los efectos adversos del estrés migratorio en el bienestar (Read-Wahidi & DeCaro, 2017). En Arizona, los participantes con estatus indocumentado explicaron que su religiosidad les ayudó a manejar el estrés resultante de su estatus legal. Conexiones sociales, estrés de la vida y tener una educación tradicional se conectaron con la religiosidad. El apoyo social obtenido a través de la religión les ayudó a manejar el estrés asociado al proceso migratorio. Los participantes, notaron que el apoyo positivo de la iglesia, el locus de control religioso y los estilos de vida específicos de la religión ejercieron un efecto positivo en su bienestar (Moreno & Cardemil, 2017).

Las prácticas de atención reportadas muestran cómo esta población utiliza ante sus precarias condiciones económicas y un clima político hostil, los recursos disponibles para enfrentar sus malestares emocionales, principalmente redes de apoyo social familiares, locales y transnacionales y la religiosidad. Todo ello, como señala Sangaramoorthy (2018), son soluciones o remedios temporales, que son como “curitas” (*band-aids*), pues no se abordan las necesidades más amplias a largo plazo de las personas consideradas más vulnerables.

El estudio de la autoatención como forma de atención de los padecimientos sigue siendo tema de debate, así lo explica Menéndez en un análisis que hizo sobre los procesos de autoatención de los padecimientos, que han constituido el eje de las políticas de salud en todos los países y que su uso se vio reflejado en la reciente pandemia de Covid-19 (Menéndez, 2020). Menéndez señala que la autoatención fue vital para enfrentar al COVID-19, dado que constituye una de las estructuras que los sujetos generan para poder vivir y sobrevivir, sin embargo, reflexiona que esta no ha sido reconocida como parte de los saberes estructurales de los grupos y sus sujetos, no solo por los gobiernos y la biomedicina, sino tampoco por quienes la ejercen, es decir, por los sujetos la realizan como parte de su vida cotidiana.

En población general se encontraron estudios sobre el uso de la autoatención para diversos problemas de salud, relacionados con malestares físicos, enfermedades crónicas, como la diabetes (Robles, 2004; Arganis. 2005; González & Martínez, 2022; Ramírez de la Roche et al., 2013) o en pacientes de una clínica del dolor y cuidados paliativos (Barragán-Solís, 2006). También se encontraron estudios sobre autoatención para atender la salud mental de las mujeres (Berenzon, et al., 2009; Gutiérrez & Vega, 2021). Incluso se encontró un estudio de revisión en migrantes en EU, pero centrados en las prácticas de autoatención de la diabetes (Eun, 2023).

Como se pudo apreciar en los capítulos anteriores y este, es escasa y reciente la literatura sobre el uso de las prácticas de autoatención para atender los malestares emocionales de la población migrante indocumentada. Se espera que lo encontrado en este proyecto abone a la literatura científica y fomente la reflexión para incluir las prácticas de autoatención como una herramienta accesible para la atención de los malestares de los IMI.

## Capítulo 5. Planteamiento del problema

La vida de los migrantes no sólo implica afrontar procesos de adaptación a un contexto físico, sino también se experimentan otros procesos como el de aculturación y la discriminación por el hecho de vivir en un contexto de “ilegalidad”, es así que vivir como migrante mexicano indocumentado en un país como EU tiene implicaciones en su salud mental dado que experimentan un estado de alerta y estrés constante (Achotegui, 2008).

Aproximarnos a conocer la concepción de la enfermedad, así como las formas de atenderla, más allá del modelo médico tradicional, resulta fundamental para aportar elementos teóricos y metodológicos compatibles con una mirada crítica y compleja de la salud mental pública. Es por ello que, estudiar los malestares emocionales enmarcados en el contexto social y político que viven los migrantes en EU permitirá comprender desde la voz de los participantes, esa realidad que a veces suele ser invisibilizada en las cifras y estadísticas, dado que en el diagnóstico de los trastornos mentales los malestares suelen ser subdiagnosticados debido al estatus migratorio de las personas, restringiendo la posibilidad de expresar sus síntomas y, sobre todo, de buscar ayuda. Achotegui, quien acuñó el síndrome de Ulises (2008) para referirse al estrés y los duelos que conllevan los procesos migratorios, critica que, en el diagnóstico de la depresión, un síntoma necesario es la inactividad y retraimiento de las actividades usuales, cuando por cuestiones económicas los migrantes indocumentados no pueden darse ese lujo.

Como un primer paso, en el proceso salud/enfermedad/atención, será necesario indagar con los participantes qué malestares presentan y cómo los atienden en un contexto social y político que suele ser tan adverso y difuso en cuanto al acceso a la salud.

Es de interés conocer las prácticas de autoatención, las cuales competen a representaciones y prácticas que la población usa a nivel individual y grupal para explicar, diagnosticar, atender, curar y prevenir procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención

directa e intencional de curadores profesionales (Menéndez, 2005). Por ello, no es solo un apoyo “externo” al sistema de salud, sino que es el eje articulador entre diversas formas de atención que tienen lugar en la biomedicina, como la medicina tradicional y la alternativa.

Siguiendo con este marco teórico, los malestares emocionales que se dan en el contexto de migración indocumentada se abordarán desde las prácticas de autoatención enmarcadas en el modelo de Menéndez, transitando de la autoatención a través de las transacciones con el modelo subordinado y el modelo médico hegemónico.

De esta manera, la inmigración a Estados Unidos implica soportar una serie de factores estresantes y adversos que cuando no se abordan y no se resuelven, derivan en problemas de salud mental (Aguilar-Gaxiola et al., 2012). Ante esto, el que casi 6 millones de mexicanos indocumentados residan en Estados Unidos (CONAPO, 2018) debería ser motivo suficiente para visibilizar a esa población, para estudiar y entender su forma de vida y sus formas de atender sus malestares emergentes en un contexto distinto a su lugar de origen. Más aun considerando el contexto político migratorio tan adverso y hostil que existió durante el gobierno de Trump y en comparación con años anteriores (Carrasco, 2017). Si bien la experiencia de vida de los inmigrantes indocumentados va más allá del ámbito social y político, dicho contexto repercute invariablemente en la salud mental de dicha población. Así, si pensamos que la condición de migrante indocumentado limita, por ejemplo, el acceso a licencias de conducir, esto influye en el transitar libremente del trabajo a la casa, a comprar víveres, etc., de la misma manera, el estatus migratorio condiciona el acceso a servicios de salud, en la vida de los migrantes indocumentados estas situaciones pueden convertirse en estresores que de alguna manera pueden influir en la salud mental de la población. Es preciso considerar también que muchos de los migrantes mexicanos en EU no regresan por voluntad propia a su lugar de origen y que otra proporción no tiene intenciones de

regresar a México, aún con las limitaciones que implica vivir en dicho país con esa situación migratoria.

La investigación epidemiológica que considera el estatus migratorio de los sujetos es relativamente reciente. Para comprender la problemática es necesario analizar cómo dicho estatus influye en la salud mental y cómo dificulta el acceso a los servicios formales de salud mental. Por ello resulta indispensable aproximarse a ellos, a los espacios geográficos donde viven y planean hacerlo por tiempo indefinido (Sue, Riosmena & LePree, 2019), ya que esto permite complejizar las condiciones en las que surge la demanda de las necesidades de atención en salud mental, así como conocer si es factible explorar y promover algunas formas de atención a dicha población.

Para detectar dichos problemas en grupos de población o comunidades, la perspectiva antropológica es de gran utilidad. Esta perspectiva alude al supuesto de que toda enfermedad o padecimiento implica formas de atención que deben indagarse a través de lo que hacen los sujetos y grupos sociales con sus padecimientos (Menéndez, 2012). Es en este sentido que me motivé por conocer las experiencias en torno a los malestares que experimentan los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos, a través de estrategias metodológicas que posibilitan incorporar las experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones desde su propia voz (González & Hernández, 2003), ya que en esta tesis se dimensiona la participación de los inmigrantes indocumentados como personas sujetas de derechos y, no meramente como objetos de estudio.

A partir de lo anterior, la pregunta que orienta esta tesis es: ¿Cuáles son los malestares emocionales que identifican los inmigrantes mexicanos indocumentados que residen en dos condados pertenecientes a la costa este de los Estados Unidos y cuáles son las acciones que llevan a cabo para enfrentarlos desde las prácticas de autoatención?

## **5.1 Supuestos teóricos**

Aproximarse al estudio de los malestares emocionales experimentados por migrantes mexicanos en EU, desde el modelo de autoatención de Menéndez, implica considerar las prácticas para atenderlos o incluso para no hacerlo, más allá de acudir a servicios profesionales de salud; implica todos los mecanismos que los sujetos activan durante el proceso salud/enfermedad/atención.

Parto del supuesto de que el contexto político y el estatus migratorio determinarán el tipo de prácticas utilizadas, siendo las prácticas de autoatención las que prevalecerán en la búsqueda de atención por parte de los migrantes mexicanos indocumentados, guiadas siempre por las transacciones entre los diferentes modelos de atención, es decir, los sujetos transitarán por una o varias opciones de atención, no solo las de autoatención, la utilización de ciertas prácticas dependerá de sus necesidades y posibilidades.

Es así como considero que las prácticas de cuidado se realizarán frente a las situaciones subjetivas que les generan conflicto e incluso sufrimiento, y se verán restringidas no tanto por un sistema de creencias sino por las barreras sociales, la discriminación y el racismo que perciben. Por ello es fundamental un abordaje desde una perspectiva cualitativa, donde se privilegie la experiencia de vida de los participantes y se ponga en el centro el hecho de que quienes nos pueden contar sobre la migración indocumentada son las personas que la viven y experimentan día con día.

## **5.2. Objetivo general**

Comprender los malestares emocionales y las prácticas de autoatención que utilizan inmigrantes mexicanos indocumentados que residen en la Costa Este de EUA, donde la tradición migratoria es mucho más reciente que la de otros estados y por ello, han sido escasamente investigados.

## **5.3. Objetivos específicos**

- Caracterizar los dos condados en los que residen los migrantes mexicanos indocumentados para dar cuenta del contexto en el que viven y realizan sus actividades cotidianas.
- Explorar los principales malestares emocionales que experimentan los migrantes mexicanos indocumentado para identificar las fuentes de preocupación con las que se asocian.
- Detallar cuáles son las principales prácticas de autoatención que utilizan los migrantes mexicanos indocumentados para enfrentar los malestares emocionales identificados.

## Capítulo 6. Estrategia metodológica

Se realizó una investigación cualitativa porque permite abordar a las personas en su propia comunidad de residencia, considerando su condición individual y colectiva, contextos geográficos concretos, que incluyen particularidades no solamente demográficas sino políticas, culturales y sociales. Asimismo, los métodos cualitativos también resultan útiles para este trabajo porque permitirán obtener una comprensión de los significados que tiene un grupo de migrantes sobre sus malestares emocionales y las prácticas utilizadas para hacer frente a los mismos.

Este tipo de investigación nos aproxima a la realidad social de quienes participan en la investigación y ofrece una perspectiva más cercana a los seres humanos. Lo que interesa en este tipo de investigación es el mundo social en el que participa el sujeto, el mundo de significaciones en donde él mismo interviene, llenando los significados con su experiencia personal, se posibilita la escucha de su voz a través de conocer su experiencia y sus percepciones. El aporte central de la investigación cualitativa consiste en tratar de rescatar el aspecto humano de la realidad social (Mejía, 2004).

En específico se realizó una investigación cualitativa con estrategias etnográficas, en la que se retomaron como técnicas para la obtención de la información: la consulta de fuentes de información, la observación y las entrevistas, para identificar elementos que pudieran influir en la concepción de salud enfermedad y en la atención a las mismas (Amezcuca, 2000).

Antes de aplicar las estrategias metodológicas fue necesario considerar el lugar/espacio donde se realizaría el trabajo de campo, para definir cuáles serían las pertinentes para lograr los objetivos planteados. Como lo mencioné en la presentación de este documento, he visitado en varias ocasiones dicho lugar y como antecedente, sabía que en ese condado reside población mexicana, por dichas cuestiones consideré la pertinencia de trabajar ahí. Consideré las ventajas y desventajas, en este caso fueron más las facilidades que obtendría, como acceso a transporte,

ubicación de lugares donde podría contactar a los informantes clave y algo para mí muy importante fue que podría presentarme como una mujer mexicana, confiable y con quien podrían platicar sin temor a mencionar en algún momento su estatus migratorio.

Al inicio del trabajo de campo el objetivo era trabajar solo en ese condado, hacer la descripción del contexto social y político donde viven los inmigrantes indocumentados que entrevistaría, empecé a hacer las observaciones, las visitas a los lugares donde se reunían los migrantes con la idea de contactar con informantes clave que me ayudarían a entender este contexto. Como es sabido, una de las ventajas de la metodología cualitativa es su carácter iterativo, el cual nos permite ajustar las estrategias planteadas dependiendo de lo que se observe en campo, con el fin de enriquecer el estudio y teniendo siempre en cuenta que lo importante es la realidad que nos muestren los participantes. Estando en campo, por cuestiones que explicaré detalladamente más adelante, agregué otro condado donde contacté informantes clave que a su vez me contactaron con posibles participantes en las entrevistas individuales. Aunque los condados están cercanos geográficamente, uno pertenece al estado de Maryland y otro al estado de Virginia.

Utilizar técnicas de corte etnográfico permite un acercamiento a la realidad, una realidad con muchas aristas. Usar múltiples estrategias permite una diversidad de aproximaciones y considerar los distintos ángulos desde los que una realidad puede ser contemplada (Guasch, 1997).

En la primera parte de esta propuesta, donde se hizo una descripción del contexto social y político donde viven los inmigrantes indocumentados, se utilizó la observación participante y pláticas informales con posibles informantes clave.

La observación participante es la base de la investigación de corte etnográfico, es una técnica que parte de la idea de que existen muchas realidades que no pueden ser observadas desde un solo ángulo, por lo que es necesario complementar con otras técnicas para la interpretación de dicha realidad, para comprender los fenómenos. En esta técnica el investigador y sujeto de

investigación se interrelacionan de forma tal que se influyen mutuamente (Amezcuca, 2000). Tal enfoque admite la posibilidad de incorporar una pluralidad de técnicas a la investigación, de hecho, podría considerarse alternar y complementar entre observación y entrevista, ambas se utilizan desde la óptica de que el investigador forma parte de la situación estudiada.

Los informantes clave son las personas que ayudan al investigador a introducirse en la comunidad, pueden ser los mejores aliados durante el trabajo de campo (Robledo, 2009). Por esta razón se requiere que sean representativos y conocedores de su grupo. En este estudio, ellos fueron parte fundamental para describir el contexto y contactar con posibles participantes de las entrevistas individuales.

Asimismo, para explorar sobre los malestares emocionales directamente con inmigrantes indocumentados, se hicieron entrevistas semiestructuradas. La entrevista es una técnica de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos; se define como una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar (Díaz, 2013). Canales la define como “la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto” (Canales, 2006). Mediante las entrevistas se consiguió acercarse a la población, y se logró escuchar de voz de los entrevistados cuáles son los malestares emocionales que experimentan y qué prácticas utilizan para enfrentarlos, objetivo principal de este estudio.

## 6.1. Población de estudio

Al inicio del trabajo de campo se había planeado solo trabajar en un condado perteneciente al estado de Maryland, sin embargo, durante los primeros acercamientos con posibles informantes clave se dio la oportunidad de contactar a participantes de otro condado (perteneciente al estado de Virginia). Se consideraron las ventajas y desventajas. La decisión de incluir a ambos fue porque en los acercamientos e investigación de fuentes secundarias surgió que pertenecen a estados diferentes, con leyes migratorias distintas, cuestión que tendría que ser considerada en la contextualización del lugar donde viven los migrantes.

Así, el estudio se realizó en dos condados ubicados en la Costa Este de EU, que forman parte del corredor que comprende desde Florida hasta Nueva York y que aún se encuentra en etapa de desarrollo como región de inmigración mexicana (CONAPO, 2018). Como se puede ver en el mapa (Figura 1), esta zona geográfica tiene características particulares y diferentes a las ciudades fronterizas con México donde se concentra la mayor parte de la población mexicana (CONAPO, 2018). Las ciudades más importantes y cercanas a ambos condados son Washington DC y Baltimore. En ambos condados la presencia de migrantes latinos era notoria. De ahí que fuera accesible el contacto con posibles informantes clave.

El primer condado<sup>5</sup> que en adelante denominaré Escenario 1, pertenece al estado de Maryland, el segundo condado o Escenario 2, pertenece al estado de Virginia. La distancia física entre ambos escenarios es de 40 kilómetros, que en automóvil se recorre en 30 minutos aproximadamente, relativamente están muy cerca.

---

<sup>5</sup> Para salvaguardar la identidad y ubicación de los participantes del estudio se omiten los nombres de los condados.



### **6.3. Primera fase: Caracterización del contexto**

Se presenta una descripción de los dos condados en donde se realizó el estudio en términos de organización política, religiosa y actividades comunitarias, así como la perspectiva de informantes clave sobre la salud mental y los servicios que utilizan los migrantes indocumentados mexicanos.

#### **6.3.1. Selección de los informantes clave**

Participaron cuatro informantes, dos en cada escenario de estudio. Quienes dieron la información suficiente para cumplir los objetivos de esta fase.

Los criterios de inclusión fueron: que fueran personas latinas que trabajaran con población mexicana, ya sea como empleador o que perteneciera a alguna organización civil que prestara apoyo a población migrante.

En el caso del escenario 1, se hicieron pláticas informales con dos mujeres, Ana<sup>6</sup> quien es una mujer mexicana de 53 años que ha vivido durante 35 años en Estados Unidos, es propietaria de una estética ubicada en una plaza que tiene varios locales con servicios dirigidos a población latina, en ella también trabajan mujeres mexicanas. Patricia es una mujer mexicana de 55 años. Ha vivido durante 30 años en Estados Unidos. Es dueña de una panadería, tiene seis empleados, entre mexicanos y centroamericanos. Ella conoce mucha gente hispana, continuamente apoya cuando alguien lo requiere, ya sea acompañando a hacer trámites o refiriendo a algún lugar que preste ese tipo de servicios.

En el escenario 2, Paola es una mujer de origen boliviano, tiene 45 años. Trabaja en una clínica gratuita y también como enlace entre las escuelas y la comunidad latina. Hace llegar las necesidades de la población a las autoridades escolares. Trabaja activamente tratando de referir a

---

<sup>6</sup> Se asignaron seudónimos para los informantes clave y los participantes de las entrevistas semiestructuradas.

personas que le solicitan ayuda médica o de cualquier otra índole, como trabajo o de vivienda. Isabel es una mujer originaria de Honduras. Pertenece a una asociación que pretende organizar a la comunidad latina (considera que están desorganizados). Apoya principalmente en trámites de vivienda y, si alguien lo requiere, hace referencias a otros lugares o instituciones.

### 6.3.2 Estrategias de recolección de información

*Observación participante:* Taylor y Bogdan utilizan la expresión observación participante para designar la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo (Taylor & Bogdan, 1992, p. 31). Se trata de captar la realidad social y cultural de una sociedad o grupo social determinado, mediante la inclusión del investigador en el colectivo objeto de su estudio (Maestre, 1990). Se hicieron observaciones de exploración y descriptivas (Galindo 1987), dependiendo del momento del estudio y del objetivo.

Al inicio del trabajo de campo, realicé recorridos en los escenarios con el fin de explorar el contexto geográfico y conocer la zona de estudio, aquí se hicieron observaciones exploratorias. El interés principal fue enmarcar el contexto donde los migrantes indocumentados desarrollan su vida cotidiana. La idea fue recopilar información sobre aspectos del contexto (físico, social, cultural). Se tomaron notas de las características del lugar, si hubo acercamientos con posibles informantes y cómo sucedió. En las observaciones descriptivas se registraron más detalles debido al contexto de la observación. Estas se hicieron en las pláticas informales con los informantes clave, el día de cada entrevista con los inmigrantes indocumentados y cuando asistí a alguna reunión o actividad organizada por la OSC a la que pertenecía una informante.

Elaboré una guía de observación con la finalidad de identificar aspectos relacionados con los objetivos de cada ejercicio de observación y las notas fueron registradas en los *diarios de campo*

(apéndice 1). En el diario de campo se registraron las observaciones realizadas durante los recorridos en los escenarios de trabajo, así como de las sensaciones y vivencias propias.

*Investigación documental:* La investigación documental es una de las técnicas de la investigación cualitativa que se encarga de recolectar, recopilar y seleccionar información a través de lectura de documentos, revistas, libros, grabaciones, programas de radio y de televisión, periódicos, artículos resultados de investigaciones, entre otros; en ella se hace un análisis de los datos encontrados, se selecciona y articula la información recabada con el objeto de estudio (Morales, 2003). En este ejercicio se recopilamos informes de diferentes fuentes a cerca de los condados, desde censos oficiales hasta artículos de periódicos y redes sociales, para obtener información sobre características de la zona, número de habitantes, características sociodemográficas, provisión de servicios, actividades económicas principales, leyes o políticas migratorias locales y ubicación de servicios de salud mental disponibles. Los pasos que se realizaron al utilizar esta técnica fueron:

- a) Selección del material, se hizo una recolección extensa de material impreso, electrónico, gráfico y audiovisual que podía ser útil para el proceso de investigación y los objetivos planteados.
- b) Revisión del material, se clasificó el material y se separaron aquellos que podrían ser de utilidad para complementar con lo encontrado en el trabajo de campo.
- c) Organización, se comparó el material seleccionado y se obtuvo información necesaria para las citas y referencias.
- d) Exposición descriptiva, la información recabada fue útil para complementar principalmente la descripción del contexto de las dos comunidades.

*Pláticas informales:* Para continuar con la contextualización se abordaron a diferentes informantes clave quienes también informaron desde su percepción, a cerca de los principales malestares emocionales de los migrantes, así como de las prácticas de atención utilizadas. Se utilizó

esta técnica para mantener mayor flexibilidad durante la conversación y esta se dio de manera espontánea y natural. Sin embargo, para cubrir los objetivos de esta fase se utilizaron algunas preguntas guía (ver apéndice 2).

### 6.3.3. Procedimiento para contactar a los informantes clave

El trabajo de campo de este estudio se llevó a cabo por cinco meses, durante una estancia académica en EU, de abril a agosto de 2019. En esta primera fase se hicieron visitas a ambos escenarios, con el fin de explorar el contexto geográfico y conocer las zonas de estudio, utilizando la técnica de observación participante, esto se registró en los diarios de campo. Las observaciones tuvieron como objetivo registrar, a partir de una guía, los principales lugares y actividades que realizan los IMI en centros comerciales y supermercados de su preferencia, restaurantes y panaderías, tiendas de conveniencia, escuelas, centros y parques recreativos, iglesias, centros comunitarios y otros que ofrecen servicios de salud, principalmente. Paralelamente, se mantuvieron conversaciones informales con los dueños o gerentes de estos lugares y, cuando fue posible, asistí a reuniones. Este procedimiento permitió establecer contacto con informantes clave, quienes mostraron contacto diario y conocimiento respecto de la población de interés. Ahí detecté que las encargadas o propietarias de ciertos establecimientos comerciales dirigidos a población latina tenían contacto cotidiano y conocimiento respecto de la población de estudio. Me presenté como estudiante de doctorado en México. Después de establecer una relación de confianza con ellas realicé dos visitas formales con cada una. En la primera hice una breve explicación del estudio y en qué consistiría su participación y, si mostraban interés en el estudio, se agendaba una segunda visita. En esta, se leyó la carta de consentimiento informado a la que dieron su consentimiento de manera verbal. Se les planteó el interés de conocer su percepción sobre cuestiones de salud mental en migrantes mexicanos indocumentados que vivieran en su condado y, en particular, su colaboración para

contactar con posibles participantes para una entrevista. Las entrevistas con los informantes tuvieron una duración aproximada de 30 minutos.

De las cuatro informantes clave, tres me pusieron en contacto con cinco posibles participantes, de los cuales dos fueron descartados porque uno tenía residencia legal en los EUA y uno era de Guatemala. Ningún participante referido por los informantes tenía una relación laboral con ellos.

## **6.4 Segunda fase: Entrevistas individuales**

En esta fase se incluyó a inmigrantes de ambos condados, referidos por los informantes clave que participaron en la primera fase del estudio y que fueron seleccionados de acuerdo con los criterios de inclusión. La intención de esta fase fue profundizar sobre los malestares emocionales y las prácticas de atención utilizadas para enfrentarlos, esto enmarcado en la experiencia personal de vivir en EU como migrante indocumentado.

### 6.4.1. Selección de los participantes

En esta segunda fase, con la referencia de los informantes clave se contactó a tres inmigrantes mexicanos indocumentados, quienes, a su vez, mediante bola de nieve refirieron a otros cuatro participantes, quedando la muestra final con tres hombres y cuatro mujeres. Cuatro del escenario 1 y tres del escenario 2. El número de participantes se determinó por conveniencia. Las características de los participantes se muestran en la tabla 1.

La selección de los participantes se realizó considerando los siguientes criterios: (a) ser inmigrante mexicano indocumentado, (b) ser mayor de 18 años y (c) aceptar participar bajo un consentimiento informado.

Tabla 1. *Características de los participantes*

<b>Pseudónimo</b>	<b>Edad</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Años en EUA</b>	<b>Ocupación</b>	<b># de hijos y su Nacionalidad</b>
<i>Escenario 1</i>						
Adela	35	Secundaria	Unión libre	15	Ama de casa	4, Ciudadanos EU
Geo	35	Preparatoria	Casada	14	Restaurante (medio tiempo)	3, Ciudadanos EU
Alonso	35	Preparatoria	Unión libre	10	Jardinería	2, mexicanos
Néstor	35	Preparatoria	Soltero	14	Instalación de pisos	1, Ciudadana EU
<i>Escenario 2</i>						
Elena	44	Licenciatura trunca	Casada	20	Limpieza de casas (trabaja por su cuenta, tiene 2 empleadas)	1 mexicano Con DACA 3 Ciudadanos EU
Rita	41	Primaria	Divorciada	17	Limpieza de casas (trabaja por su cuenta)	1 mexicana 1 mexicana con DACA
Víctor	45	Secundaria	Casado	18	Jardinería (trabaja por su cuenta, tiene 2 empleados)	1 Ciudadano EU 4, Ciudadanos EU

#### 6.4.2. Estrategias de obtención de información

Notas de campo: se llevó un registro de lo que se observó en el transcurso de cada entrevista, así como de las sensaciones y vivencias experimentadas durante las mismas. Así también, se registró el lugar donde se hizo la entrevista, el tipo de vivienda, si estaba dentro de un condominio o era una casa rodante, esto para complementar la información obtenida durante la entrevista y para contextualizar la situación económica y social donde habitan los entrevistados.

Entrevistas semiestructuradas: se utilizó esta técnica para profundizar en los malestares emocionales de los participantes, para escuchar su sentir y tratar de comprender sus vivencias. A pesar de que la idea era dar espacio y voz a los participantes para que contaran su historia, se utilizó una guía temática para cumplir con los objetivos del estudio. Los ejes de exploración de las entrevistas fueron los malestares emocionales, las principales fuentes de preocupación en el contexto de la vida cotidiana como inmigrante y las prácticas que utilizan para resolverlos. La guía de entrevista fue previamente piloteada, esto principalmente para ver si los temas abordados hacían sentir incómodos a los participantes. En todo momento se trató de cuidar el anonimato, ya que tenía la impresión de que el estatus migratorio es un tema que no se menciona de manera tan abierta. Así, se hicieron tres entrevistas a migrantes indocumentados en este proceso, posteriormente se hicieron los ajustes necesarios. En dicha guía se incluyeron preguntas relacionadas con la historia migratoria de los participantes, otras para indagar sobre su vida cotidiana, así como para detectar fuentes de preocupación, sobre qué es para ellos el malestar y malestar emocional, cuáles son los principales malestares y otras relacionadas con las prácticas de atención que utilizan para enfrentarlos (ver apéndice 3). En el caso de los malestares emocionales se consideraron las sensaciones y manifestaciones relatadas por cada entrevistado al indagar sobre situaciones de su vida diaria que “le preocupan”, “le hacen sentir mal, temeroso o nervioso”; se preguntó también sobre sensaciones de estrés, ansiedad o miedo. Respecto de las prácticas de atención del malestar,

se exploraron las situaciones en que han buscado ayuda “para sentirse mejor” y, se ahondó sobre las estrategias que utilizan los participantes para enfrentar sus malestares. Estas preguntas fueron utilizadas como guía y se iban ampliando o modificando de acuerdo con el relato de cada participante.

#### 6.4.3. Procedimiento

La fase de entrevistas se hizo en la segunda mitad del trabajo de campo. A través de las pláticas informales con los informantes clave (primera fase del estudio) y, mediante los criterios de inclusión, se contactó con los posibles participantes para realizar las entrevistas individuales.

Las informantes clave les preguntaron a los posibles participantes si MM podría contactarles de manera individual y si preferían que se presentara de manera presencial en el establecimiento de la informante o por teléfono (proporcionado por la informante clave), para acordar una cita y explicarles detalladamente los objetivos del estudio. Cabe señalar que, aunque se les pedía a los informantes que los contactos referidos fueran de origen mexicano, al momento de contactarlos uno de ellos fue descartado por ser de otra nacionalidad. Las informantes clave proporcionaron en total cinco contactos, de estos, se entrevistó a tres. Estos tres participantes refirieron a otras cuatro personas, con las que se lograron realizar en total siete entrevistas. El lugar y fecha de la entrevista se acordó con cada uno. Todas se hicieron en los domicilios de los/as entrevistados/as.

Se les leyó el consentimiento informado, en el cual dieron su autorización para participar registrando un seudónimo, así como su autorización para audiograbar las entrevistas, asegurándoles que éstas no contendrían ningún dato que permitiera conocer su identidad. Las entrevistas se realizaron en una sola sesión, teniendo una duración de entre 60 y 120 minutos.

Durante la entrevista, en algunos casos, los entrevistados plantearon algunas problemáticas y demandas de atención, por lo cual fue útil contar con un directorio de servicios y recursos de salud disponibles tanto en EU como en México, este último con atención a distancia (ver apéndice 6). Al finalizar la entrevista se les agradeció por su participación y se les dio la opción de tener una sesión gratuita en línea con una psicóloga mexicana experta en trabajo con migrantes. Los participantes se mostraron agradecidos por el interés recibido y la escucha prestada a su relato, ninguno aceptó la sesión propuesta. Los participantes no se sintieron afectados emocionalmente por la entrevista; por el contrario, al final de la entrevista agradecieron haber sido escuchados. Sólo en un caso, una mujer presentaba síntomas de depresión posparto, por lo que fue referida con una terapeuta en México, sin embargo, no inició el proceso señalado.

## **6.5. Análisis de las entrevistas**

Se tomaron notas de campo de la información recabada en las entrevistas abiertas con informantes clave, esto se registró en diarios de campo y se utilizó para triangular los hallazgos entre observaciones discretas de la vida cotidiana y entrevistas directas planificadas (Denzin & Lincoln, 2000).

Las grabaciones de las entrevistas semiestructuradas se transcribieron y analizaron siguiendo el proceso que a continuación se describe:

La transcripción implicó escuchar repetidamente el material audiograbado y se comparó con las transcripciones realizadas para checar la consistencia del texto obtenido y que pudiera ser leído como una conversación.

Los datos fueron analizados usando el análisis temático. Es un método para identificar y organizar sistemáticamente información sobre patrones de significado y analizar los significados subjetivos de los participantes (Braun & Clarke, 2012; Flick, 2015) para que pueda usarse con diferentes marcos teóricos (Flick, 2015).

Para este estudio se utilizó un enfoque tanto inductivo como deductivo; es decir, los temas y códigos se construyeron primero a partir del contenido de las transcripciones de los siete entrevistados. Posteriormente, estos temas fueron revisados a la luz del malestar emocional y las prácticas de autoatención en relación con el origen del malestar (relacionado o no con su condición de indocumentados) (Chaves, 2005). Utilizamos el enfoque de seis fases recomendado por Braun y Clarke (2012) para identificar el malestar emocional experimentado por estos inmigrantes, las situaciones a las que estaba vinculado y las prácticas utilizadas para afrontarlo. Tres investigadoras revisamos individualmente cada entrevista para identificar temas y categorías de constructos. Posteriormente se realizaron reuniones para discutirlos y llegar a un consenso, de esta manera se realizó la triangulación de investigadores (Benavides & Gómez-Restrepo, 2005).

En el primer paso para la categorización, de manera separada, yo y otra investigadora con experiencia en análisis de entrevistas hicimos el ejercicio de detectar categorías y subcategorías. Para esto, a cada categoría se le asignó un color, el cual se utilizó para subrayar a lo largo de la transcripción de cada entrevista la información asociada con ese constructo. Por ejemplo, azul para la categoría de datos sociodemográficos, morado para la de malestares emocionales, amarillo para la de prácticas de atención y, así sucesivamente. Cada una de las personas que participamos en este proceso de categorización lo hicimos con una entrevista al azar, al terminar con esta entrevista, cada una realizó una relectura de las entrevistas para reconocer nueva información relevante que sugiriera la adición o modificación de las categorías y subcategorías inicialmente identificadas. Así, se construyeron aquellas nuevas categorías que se identificaron como necesarias y se eliminaron algunas otras. Al terminar este paso nos reunimos para revisar lo encontrado, discutir y finalmente llegar a un consenso. Este mismo proceso se continuó con el resto de las entrevistas. Así, se obtuvieron dos clasificaciones: una por entrevistado y otra por categoría. En una tabla en Excel se ubicó cada categoría y se colocaron los testimonios de cada entrevistado para su comparación, como se muestra en el siguiente ejemplo:

<b>Categorías de análisis</b>	Adela	Néstor	Elena	Víctor.
Fuentes de preocupación de la vida cotidiana	<i>“mi esposo casi nunca está con nosotros, eso me afecta, me siento triste y a la vez abandonada”</i>	<i>“estuvimos trabajando en la casa de una morena y me preocupaba que nos fuera a reportar, a la compañía”</i>	<i>“a mí sí me da miedo cuando se ve en las noticias de las redadas porque me voy con este pensamiento al trabajo”</i>	<i>“pues horita nos preocupa esto de este viejo loco (Trump) ¿vea? como cualquiera”</i>
Malestares emocionales	<i>“que me duele la cabeza, que me duele aquí, por el estrés que tengo y de repente me pongo triste, así como con ganas de llorar”</i>	<i>“no me dan ganas de hacer nada cuando emocionalmente estoy mal, pienso que es algo normal extrañar a la familia”</i>	<i>“se siente cohibido, le baja la autoestima, hay americanos que ven a los hispanos y se hacen para allá”</i>	<i>“puede ser un malestar emocional ¿el racismo? que mucho americano se te queda viendo como bicho raro”</i>
Prácticas de autoatención	<i>“yo antes iba a la iglesia, ahorita ya no voy”</i>	<i>“solo dejar que pase y al otro día dormir, tal vez, no hago algo tan o sea que para sentirme mejor”</i>	<i>“A veces, rezas, das gracias a Dios por todo lo que nos ha dado, ¿verdad?”</i>	<i>“Arrancó mi máquina de cortar grama y me desestreso un rato, me tomo un par de cervezas y, ya otra vez tranquilo”</i>

Se consideraron las subcategorías que surgieron del malestar emocional y las formas de afrontarlo en relación con las subcategorías previamente planteadas del origen del malestar -relacionado o no con la condición de indocumentado-.

Así, las categorías y subcategorías finales fueron:

- I. Fuentes de preocupación de la vida cotidiana
- II. Malestares emocionales: a) relacionados con la vida cotidiana y b) relacionados con su estatus migratorio
- III. Prácticas de autoatención: a) actividades espirituales o religiosas, b) de relajación, c) de evitación, d) autocontrol, e) redes sociales de apoyo y f) de automedicación.

Otros temas de interés fueron considerados solamente para agregar información a las categorías previas: razones para no buscar ayuda, servicios de salud que hacen falta y aspectos de su vida en EUA que consideraban positivos.

## **6.6. Consideraciones éticas**

El protocolo fue sometido y aprobado por el comité de ética del INPRFM el 28 de enero de 2019. Número de registro CONBIOÉTICA-09-CEI-010-20170316 y posteriormente validado por la Universidad de Maryland en Baltimore.

A los informantes clave se les leyó una carta de consentimiento verbal donde se les explicó en qué consistía su participación, los objetivos del estudio y posibles riesgos y beneficios de su participación (ver apéndice 4).

A los participantes en las entrevistas semiestructuradas a través de la lectura del consentimiento informado, se les explicó el objetivo de su participación, así como los posibles riesgos y beneficios de esta y el resguardo de la información. Ya que aceptaron participar se les pidió que registraran en el apartado correspondiente únicamente su nombre de pila (sin apellidos). Asimismo, se les pidió su autorización para audio grabar la entrevista. No fue necesario incluir la firma de testigos, con el fin de resguardar el anonimato y confidencialidad de los participantes (ver apéndice 5).

Como parte de los beneficios y por principios éticos, cuando durante la entrevista algún tema provocó alguna afectación o cambio emocional en los participantes, yo le proporcioné apoyo emocional de emergencia durante o al término de esta. Asimismo, les presenté la opción de iniciar un proceso terapéutico de manera virtual con una psicóloga mexicana. Se les explicó que la primera sesión sería gratuita y si ellos decidían continuar con el proceso tendrían que acordar los términos de este con la terapeuta.

Sobre las medidas para mantener la confidencialidad, se asignó un seudónimo a los entrevistados, para proteger su identidad, con la finalidad de salvaguardar el anonimato y la confidencialidad de la información. Las transcripciones de las entrevistas las hice con el apoyo de una transcritora independiente, quien no conocía a los entrevistados. El manejo y resguardo de los consentimientos informados, así como de la información audiograbada fue de uso exclusivo mío y sólo para fines de la investigación.

Sobre el derecho a la información de los participantes sobre los malestares emocionales y las opciones de acceso a servicios de salud, cuando lo solicitaron recibieron información de instituciones que atienden problemáticas relacionadas con la salud mental tanto en México como en Estados Unidos. Se realizó un directorio con dicha información y durante el trabajo de campo este se mantuvo actualizado (ver apéndice 6). En el directorio anexo se ocultaron los datos que pudieran facilitar la ubicación o nombres de los condados donde se realizó el estudio.

## Capítulo 7. Resultados

### 7.1. Primera fase descripción del contexto

El trabajo de campo se llevó a cabo por MM de abril a agosto de 2019, en dos condados de la región de la Costa Este de EUA, que son parte del corredor que comprende desde Florida hasta Nueva York y que aún se encuentra en etapa de desarrollo como región de inmigración mexicana (CONAPO, 2018). A diferencia de las ciudades fronterizas con México que tienen una tradición migratoria y que concentran la mayor parte de la población mexicana (Fundación BBVA Bancomer, Secretaría de Gobernación, 2022), en este corredor la población mexicana es relativamente nueva y es resultado del incremento y diversificación de los flujos migratorios ocurridos a lo largo de la última década del siglo XX y en los primeros años del actual (CONAPO, 2018).

El primer condado pertenece al estado de Maryland (Escenario 1) y el segundo pertenece al estado de Virginia (Escenario 2). En ambos, la población inmigrante mexicana ha ido en aumento en los últimos años. El porcentaje de población hispana en ambos condados es cercano al 15% (Live Healthy ██████████ Community Demographics, 2018), siendo los salvadoreños el grupo más numeroso entre los hispanos en ambos condados, seguido por el de mexicanos (Brick et al., 2009; OSMDS, 2013).

Maryland reportó un estimado de 225,000 personas no autorizadas, 30% salvadoreñas y 9% mexicanas. El Escenario 1 registró 6,000 migrantes indocumentados (*Perfil de la Población No Autorizada – MD, 2019*). Virginia tiene un estimado de 251,000 personas no autorizadas; el 27% son salvadoreños y el 13% mexicanos. El Escenario 2 registró 19,000 migrantes indocumentados (*Perfil de la Población No Autorizada – VA, 2019*). En ambos lugares solo el 13% de la población migrante tiene 20 años o más viviendo en EUA.

En 2017, el estado de Maryland tenía una actitud positiva hacia la migración según lo reportado por las políticas migratorias propias del Estado (Castañeda & Mariscal, 2018); ahí los migrantes indocumentados pueden obtener licencias de conducir y acceder a comprar viviendas o conseguir rentas accesibles. En contraste, en Virginia existe una política menos tolerante hacia la migración (Castañeda & Mariscal, 2018); en 2019; durante el periodo del trabajo de campo de este estudio, la población indocumentada no podía acceder a licencias de conducir, y la renta o compra de vivienda eran complicadas por ser costosas considerando sus ingresos y, para poder realizar algún contrato se solicitaban documentos que comprobaran su estatus migratorio legal (datos reportados por Nueva Mayoría de Virginia, [www.newvirginiamajority.org](http://www.newvirginiamajority.org)).

De acuerdo con el Censo de 2010 (OSMDS, 2013), en Maryland los hispanos de entre 18 y 44 años tenían 32% menos de probabilidad que los blancos no hispanos de informar haber visitado a un médico debido a un problema de salud mental. Así también, más hispanos informaron experimentar una salud mental deficiente en comparación con los blancos no hispanos (OSMDS, 2013). En el escenario 2, los blancos no hispanos reportaron mejor calidad de vida que los hispanos (81% vs 71%, pág. 23). Asimismo, los residentes hispanos/latinos se sienten más inseguros en sus vecindarios que los residentes afroamericanos, asiáticos y blancos (Ellis, et al., 2012).

En ambos condados las actividades principales a las que se dedica la población indocumentada son similares: las mujeres a la limpieza de casas y los hombres a la jardinería y a la construcción. Ambos también suelen emplearse en el sector de alimentos (restaurantes). Ahora bien, las condiciones climáticas de la región llevan a que, durante la temporada invernal, aproximadamente tres meses, no se puedan llevar a cabo las actividades relacionadas con el trabajo a la intemperie, y solo las relacionadas con la limpieza de hielo/nieve cuando dichas condiciones lo permiten. Esto determina una reducción en el ingreso económico -sobre todo de los hombres-, la movilidad y las actividades de esparcimiento.

Los ejes principales para describir el contexto de los migrantes mexicanos indocumentados fueron: 1) los aspectos geográficos y físicos, así como la política migratoria, la organización social, religiosa y las actividades comunitarias de ambos condados, 2) los servicios de salud mental existentes y 3) los malestares emocionales. La investigación documental, la observación participante y las entrevistas abiertas con informantes clave fueron utilizadas para obtener la información sobre el contexto, mientras que aquella relacionada con los malestares emocionales y los servicios de salud mental disponibles en ambos escenarios proviene principalmente de las entrevistas con informantes clave y la observación participante.

#### 7.1.1. Ubicación geográfica

El escenario 1 está ubicado en la parte oeste del estado de Maryland, al noroeste de Washington D. C. y al oeste de Baltimore. La composición racial de la población del condado es 89% Blanca, 6,4% Negra o Afroamericana, 2,4% de la población es de origen Hispano o Latino, 1,7% Asiática y 0.21% Nativa americana.

El clima es extremo, los veranos son muy calientes y húmedos, los inviernos son muy fríos y está parcialmente nublado todo el año. Durante el transcurso del año, la temperatura generalmente varía de  $-4^{\circ} C$  a  $32^{\circ} C$ . La temporada calurosa dura poco más de tres meses, de finales de mayo a mediados de septiembre. La temporada fría dura tres meses y dos semanas, aproximadamente, de finales de noviembre a principios de marzo (Weathers Park, 2010). Durante esta temporada nieva. En 2010 se registró la última tormenta más fuerte que paralizó por días a la ciudad. Durante esta temporada, con ese clima extremo los inmigrantes pueden trabajar largas jornadas. Si no cae nieve, el clima no permite el trabajo en jardinería, que es la actividad principal en ese condado para los migrantes indocumentados, entonces esos tres meses los pasan en casa, viviendo de los ahorros que

podieron hacer durante el año, uno de los entrevistados en la segunda fase del estudio mencionó que en esta temporada se la pasan “hibernando, como los osos”.

El escenario 2 está ubicado en el Estado de Virginia y forma parte del área metropolitana de Washington. El Condado tiene la media más elevada de ingresos en los Estados Unidos, tiene bajo nivel de desempleo, proximidad a Washington, D.C., y al Aeropuerto Internacional Dulles, lo que la convierte en “una ciudad rica” en palabras de una informante clave. Esto es importante de considerar ya que de acuerdo con los testimonios de las informantes y que se retoma en las entrevistas individuales, “la vida en ese condado es cara”, las rentas, la vivienda y hasta los comestibles.

En cuanto al clima, al igual que en el Escenario 1 el clima es extremo, la temporada de calor empieza a finales de mayo y termina a mediados de septiembre. La temporada invernal dura 3,2 meses, de finales de noviembre a principios de marzo (Weathers Park, 2010), durante esta temporada también hay caída de nieve.

#### 7.1.2. Antecedentes y contacto con la población de estudio

Las primeras visitas del trabajo de campo se hicieron el día 22 de abril de 2019 y a partir de esa fecha fueron de manera constante e intermitente hasta el día 30 de agosto del mismo año. A continuación, mencionaré algunos lugares que visité:

En el escenario 1: (1) Plazas comerciales (tiendas latinas), (2) Supermercados donde la población latina acostumbra a surtir su despensa, (3) Establecimientos de comida latina (restaurantes, panaderías), (4) Tiendas de conveniencia, (5) Escuelas de diversos niveles educativos, (6) Parques y centros recreativos, (7) Bibliotecas y (8) Zonas donde viven los inmigrantes (edificios de departamentos, zonas de casas móviles).

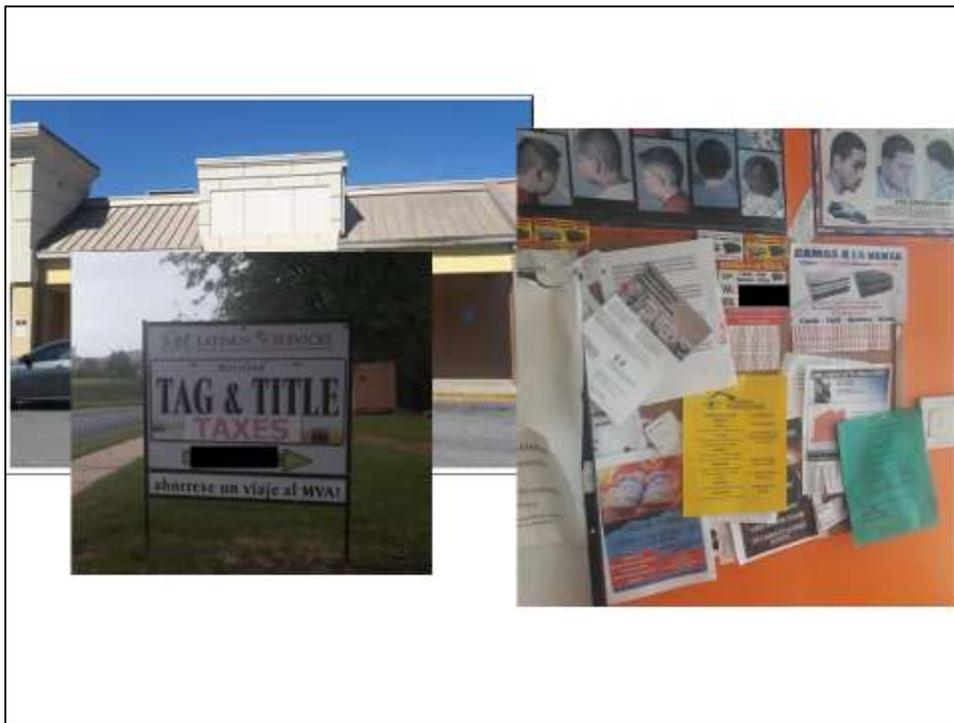
En el escenario 2 visité: (1) Plazas comerciales (tiendas latinas), (2) Supermercados, (3) Establecimientos de comida latina (restaurantes, cafeterías), (4) Tiendas de conveniencia, (5) Parques y centros recreativos, (6) Zonas donde viven los inmigrantes (edificios de departamentos, zonas de casas móviles), (7) Iglesias católicas y (8) Servicios de salud en general y de salud mental dirigidos a población latina (hablan español).

Durante los recorridos por las zonas de estudio, en ambos escenarios se detectó que los lugares donde los inmigrantes más acudían y se concentraban eran pequeñas plazas comerciales, las características principales de estos establecimientos es que son atendidos por población hispana, se habla español y por lo regular hay una estética, una lavandería, un lugar para envío de remesas, algún restaurante de comida latina y el local de mayor afluencia es una tienda, comúnmente llamada “la latina”, donde venden abarrotos en general, carnes, alimentos, verduras, frutas, pan, productos típicos, principalmente de México y Centroamérica. En dichos establecimientos es común encontrar medicamentos de venta libre, incluidos algunos suplementos alimenticios, vitaminas, te´s para “aliviar el estrés” y productos para “aliviar” malestares emocionales como el estrés o la ansiedad, por ejemplo: Sinestrés, Ansiokrol, Stress relief mostrados en fotografías tomadas en dos tiendas latinas, una en cada condado (Figura 2).



*Figura 2. Productos “para aliviar el estrés” en dos tiendas latinas.*

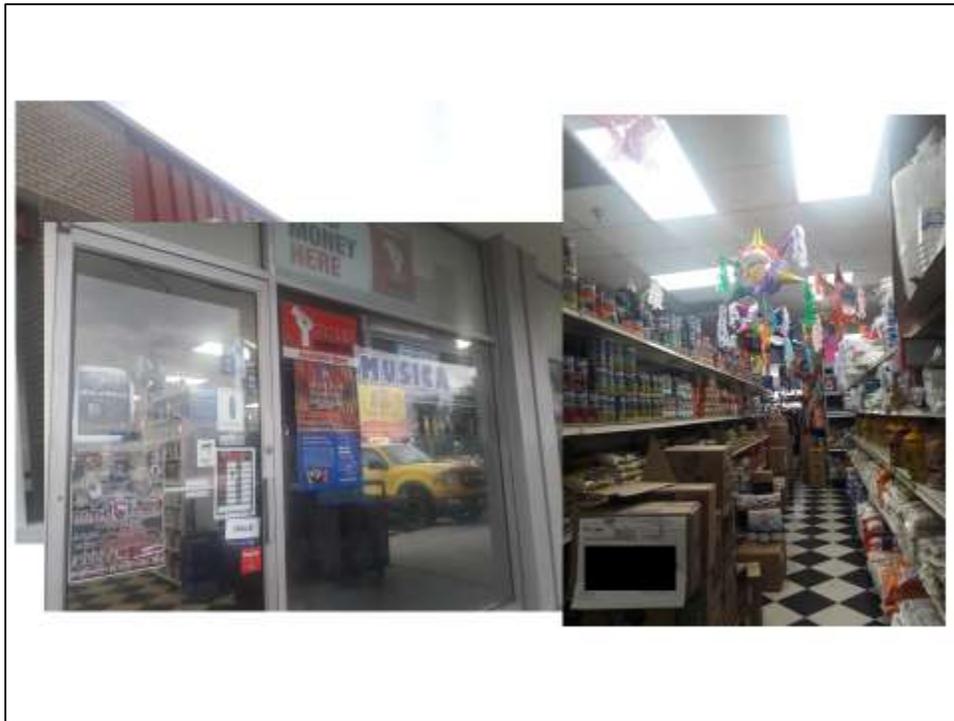
Fue en estos lugares donde se estableció contacto con las informantes clave, en el caso del escenario 1, una informante se contactó en una estética, la otra en una panadería, en el escenario 2 una de ellas se contactó en una estética y, la cuarta informante a través de la informante anterior. En la figura 3 se muestra un ejemplo de una tienda latina y del lado derecho, una de las estéticas visitadas y donde es muy común encontrar anuncios dirigidos a población latina, que van desde búsqueda de empleo hasta ofrecimiento de servicios de salud. Cabe mencionar que en el escenario 1 se localizaron tres tiendas latinas y en el escenario 2 se detectaron dos establecimientos de este tipo.



*Figura 3. Ejemplos de lugares visitados durante los recorridos.*

En el escenario 2 también encontré plazas con establecimientos similares, una tienda latina, un restaurant de comida típica de Centroamérica, una veterinaria, una lavandería y una estética. Frente a una de esas plazas está una estación de bomberos, una estación de policías y un conjunto de

departamentos donde habitaba población latina, principalmente (Figura 4). Fue en ese tipo de lugares donde establecí contacto con mis informantes clave.



*Figura 4. Tienda latina visitada en los recorridos.*

El día 15 de mayo asistí como invitada a una reunión/desayuno en una escuela del escenario 1, que se organizó para reunir a los padres de familia de la comunidad hispana, el objetivo fue ver si podía contactar con algún informante clave. Al llegar a la escuela pasé a recepción a registrarme, me dieron un pase de invitada y me explicaron cómo llegar a la cafetería donde se llevaría a cabo la plática (todo esto en inglés). Ya en la cafetería había alrededor de 20 personas, en su mayoría mujeres, algunas llevaban a sus hijos pequeños o bebés. La reunión comenzó a las 8:30 am. Al inicio la reunión fue en inglés, estaba a cargo personal de la escuela. Había intérpretes, uno por cada cuatro asistentes a la plática. Posteriormente, fue en español. La persona que se quedó a cargo fue una representante de una organización llamada “Comunidad de habla hispana”, ellos son el

enlace entre la población latina y la comunidad escolar del escenario 1. Mencionaron que tienen financiamiento para apoyar principalmente con abogados a las personas que lo requieran. Después de varios intentos por localizar por teléfono y correo a la representante de la organización, no se logró contactar con ella. Algo que llamó mi atención y registré en el diario de campo fue que en la página de internet de dicha organización la información estaba en inglés, lo cual dificulta el acceso para la población a la que va dirigida.

### 7.1.3. Características de la comunidad

En el escenario 1 el transporte público es un buen recurso, pero algunas personas que viven fuera del centro no se atreven a usarlo o no se sienten cómodas con los tiempos de espera o con el autobús (Community Health Assessment Interim Report, 2017). Durante las visitas que realicé al centro de la ciudad o a algunas plazas comerciales utilicé este medio de transporte, donde observé que todos los señalamientos estaban en inglés, la mayoría de los usuarios eran población blanca o negra, la población latina usa menos este tipo de transporte, utilizan más automóvil particular o piden “ride” con otros compañeros de trabajo o vivienda. En una ocasión estaba esperando el autobús para ir a una tienda latina, llevaba 25 minutos en ese lugar, en ese momento un automóvil se detuvo frente a mí, era una mujer, me habló en español y me preguntó que a dónde iba, no contesté inmediatamente, enseguida me dijo que ella trabajaba como Uber y que si quería podía llevarme, le contesté que iba hacia la 40, que es el nombre de la avenida principal donde están ubicados varios negocios que visité continuamente, ya en el auto se presentó y me dijo que era de Guatemala, que trabajaba vendiendo productos por catálogo y que se dedicaba a dar servicio de transporte a gente conocida, todos latinos y que ellos mismos la recomendaban, me dio su tarjeta y en otros momentos recurrí a su servicio.

Por otro lado, la línea que opera el servicio público se llama TransIT, tiene un servicio llamado “Para transporte o TransIT-plus” que es un servicio de respuesta a la demanda para personas mayores y personas con discapacidad, está acondicionado para subir en sillas de ruedas, mediante una plataforma. Se requiere preinscripción (██████████ County, 2020). Durante los recorridos que se realizaron, en varios momentos observé que personas con discapacidad, adultos mayores o con obesidad mórbida hacían uso de este servicio, todos los que vi eran población blanca, los horarios de uso coincidían con la entrada y salida de las escuelas.

Como lugares turísticos en el escenario 1 se encuentran:

- Market Street, es la calle central, y desde donde se accede a los puntos más importantes de la ciudad. En esta calle hay restaurantes, tiendas, los principales museos y exposiciones.
- Un parque atravesado por un canal, que parte del centro de la ciudad. En este canal se puede cruzar por diferentes puentes.
- Otro parque que es el mayor de la ciudad. Además del parque que bordea el canal, en el condado se dispone de varias zonas verdes.

Algo que observé en los recorridos por esos lugares turísticos y en el centro de la ciudad es que la mayoría de los negocios estaban dirigidos a población americana, casi todo estaba en inglés, era poco común ver a población latina en esos lugares, el único lugar donde sí la encontré fue en la biblioteca, donde impartían cursos gratuitos de inglés, asistí a algunas clases donde me encontré con un joven de El Salvador y una pareja, hombre y mujer que acababan de llegar de Venezuela.

En el escenario 2 el transporte público opera el servicio de horas pico por la mañana y por la tarde. También ofrece un servicio de autobús local de ruta fija de lunes a viernes y de forma limitada los sábados. De acuerdo con el reporte de la Encuesta Nacional Ciudadana 2018, hay

problemas de movilidad, falta de transporte público y poca facilidad para andar en bicicleta o caminar. Este dato resulta importante porque de acuerdo con las leyes de inmigración del estado, los inmigrantes indocumentados no pueden tener acceso a licencias de conducir, lo cual condiciona el libre tránsito de los migrantes y en ciertos momentos se convierte en una fuente de estrés e incluso se puede convertir en una posibilidad de ser deportado (Ellis, et al., 2012).

#### 7.1.4. Actividades culturales, religiosas y recreativas

En el escenario 1, que tiene una población predominante de origen mexicano, específicamente de localidades de la región del Papaloapan en el estado de Oaxaca, se observó en varios fines de semana que se organizaban juegos de fútbol, que es una actividad a la que los hombres dedican su tiempo libre. En esos partidos de fútbol era común ver familias reunidas, las mujeres apoyando a sus parejas, jugando con sus hijos, incluso algunas de ellas aprovechaban para vender comida, refrescos o agua. En dos ocasiones se organizaron torneos de este deporte con otros equipos formados por otros mexicanos residentes de otros estados cercanos como Kentucky y Georgia, aunque originarios del mismo estado de Oaxaca. Asimismo, fue posible visitar un lago en las afueras del condado, en el que las familias de migrantes se reúnen por las tardes o en fin de semana para pasear o divertirse. Estos tipos de actividades se pudieron observar porque el trabajo de campo fue durante la primavera-verano y el clima lo permite, no así en temporada invernal. En el escenario 2 no se observaron estas actividades, tal vez porque ahí la población es más diversa, principalmente de Centroamérica y no hay grupos originarios de algún lugar específico. Lo que sí se observó en este escenario es que hay más afluencia en eventos religiosos, los fines de semana en ciertos horarios las misas se dan en español. Se pudo observar que hay un grupo de mujeres que organizan estas actividades en la iglesia, incluso organizan recolección de víveres para apoyar a otros migrantes de la comunidad que lo necesiten. Varias de estas mujeres pertenecen al grupo de La

Nueva Mayoría de Virginia quienes también organizan talleres para “empoderar” principalmente a las mujeres de su condado, por ejemplo, talleres de decoración de globos, de administración de negocios y otro tipo de actividades recreativas en las que también incluyen a los hijos de los participantes.

Por otro lado, durante una plática informal, Patricia una de las informantes clave me comentó que hay lugares donde los hombres que no tienen un empleo fijo o acaban de perderlo, se reúnen para buscar trabajo, afuera de tiendas especializadas en venta de material de trabajo o de autoservicio. Ella me llevó a hacer un recorrido en el que me mostró una zona donde hay mayor pobreza y me mostró estos lugares donde los migrantes se reúnen en busca de trabajo (Figura 5).



*Figura 5. Ejemplo de lugares donde se reúnen los inmigrantes en busca de trabajo*

Ella también comentó que en ocasiones los empleadores lucran con estas personas, se aprovechan de su estatus migratorio indocumentado, no les pagan lo justo o a veces los llevan a trabajar y al final de la jornada no les pagan; los amenazan con llamar a migración si intentan hacer algo. Este testimonio coincide con lo que platicó en la reunión escolar la representante de la organización Comunidad de habla hispana, quien dijo les ha tocado apoyar a hispanos que trabajaron y al final su empleador no les pagó y amenazó con denunciarlos con migración.

En uno de los recorridos visité un establecimiento donde la población hispana acude a hacer envíos de remesa, principalmente, aunque también es un lugar donde se hacen colectas de dinero para apoyar a otros connacionales que están pasando por algún problema médico o incluso para repatriación de restos. Es común en fines de semana ver esos lugares con más afluencia, son lugares donde ellos acuden regularmente, por eso son aprovechados para poner diversos anuncios (la mayoría en español), desde ofertas de empleo, renta de viviendas, asesorías legales, etc.

La siguiente fotografía (Figura 6) la tomé un jueves por la mañana, en el lugar había dos personas formadas para hacer envíos de dinero. El local está junto a una estética donde atienden generalmente a hispanos y, a escasos metros está una tienda latina (venden productos llevados principalmente de El Salvador y de México).



*Figura 6. Negocio donde se envían remesas*

#### 7.1.5. Política migratoria local

Tanto en el estado de Maryland como en Virginia, donde pertenecen los condados en los que trabajé, la ley permite al gobierno federal deportar a ciertos inmigrantes, incluyendo:

- Cualquier inmigrante indocumentado
- Personas con estatus legal (p.ej. residentes permanentes legales, refugiados y portadores de visa) que tienen ciertas condenas o infracciones penales.

Según la administración del presidente Trump, las personas viables para ser localizados y deportados por el servicio de ICE son quienes tengan: (1) casos criminales abiertos o/y aquellos que han sido condenados de ofensas anteriores (ofensas tales como manejar ebrio (o DUI por sus siglas en inglés), drogas, violencia doméstica, portar pistolas y otras armas o negligencia infantil), (2) órdenes de deportación finales, (3) quienes han cometido fraude o la falsificación en solicitudes

al gobierno y (4) quienes el gobierno crea representan una amenaza a la seguridad pública o nacional (IDP, 2017).

Los agentes del ICE normalmente identifican con anticipación a la persona que desean arrestar. Después visitan a las casas, juzgados, refugios y hasta sitios de trabajo en busca de esta persona. A veces esperan en la calle para hacer el arresto.

Maryland está entre los 15 estados de 50 (California, Colorado, Connecticut, Delaware, Hawái, Illinois, Maryland, Nueva York, Nueva Jersey, Nuevo México, Nevada, Utah, Vermont, estado de Washington y el Distrito de Columbia), donde se puede obtener una licencia de conducir sin importar el estatus migratorio, razón por la cual en el condado de Maryland los migrantes indocumentados sí pueden obtener licencias de conducir. En el estado de Virginia esto no era posible, durante el trabajo de campo en este condado (2019), durante las pláticas con los informantes clave y, posteriormente, en las entrevistas individuales surgió el tema, se mencionó el estrés y persecución que sienten los migrantes indocumentados por no poder acceder a una licencia de conducir, lo cual los lleva como primera opción a tramitar su licencia en el estado de Maryland, la desventaja de ello es que se exponen a que un oficial los detenga y les pregunte por qué traen una licencia que es de otro estado del país, en subsecuentes ocasiones, de acuerdo con el criterio del oficial podría ponerle una infracción mayor o detenerlo, donde dependiendo de la gravedad de la infracción puede exponerse a un proceso de deportación. También durante el trabajo de campo, detecté que diversas Organizaciones de la Sociedad Civil tenían en su agenda promover acciones para que los legisladores de Virginia aprobaran la ley que da acceso a las licencias de conducir a los inmigrantes que residen en ese estado, independientemente de su estatus migratorio. Como ellos lo mencionan, la aprobación de dicha legislación mejoraría la vida de más de 200,000 inmigrantes en este estado, haría las carreteras más seguras y contribuiría a una economía más robusta. Drive

Virginia Forward es la OSC que lidera esas acciones, la Coalición de Organizaciones Latinas de Virginia (VACOLAO), Dreamers of Virginia y New Virginia Majority.

En febrero de 2020, la legislación fue aprobada. Dicha ley estipula que las personas pueden solicitar la licencia de conducir sin necesidad de presentar documentos sobre su situación legal de migración (Agencia EFE, 2020). A partir de enero de 2021 los migrantes indocumentados pueden solicitar su licencia de conducir, cubriendo los siguientes requisitos: comprobantes de haber presentado la declaración de impuestos de 2019 (un año mínimo), mostrar un documento de identidad con fotografía (pasaporte), un comprobante de domicilio (recibo de teléfono, seguro de auto), tener conocimiento del reglamento de tránsito del estado de Virginia, estar preparado para rendir un examen escrito y de manejo ante un funcionario del DMV (Department of Motor Vehicles). Este trámite tiene un costo promedio de 50 dólares. Asimismo, los inmigrantes indocumentados que residen en Virginia y anteriormente obtuvieron una licencia de conducir expedida por otros estados, deben hacer los trámites y rendir los exámenes correspondientes. No existe la posibilidad de canjear la licencia (Guevara, 2020).

#### 7.1.6. Acceso a servicios de salud mental

Para Ana, los servicios disponibles que identifica en el escenario 1 son: los servicios móviles de Mission Merci que se brindan cada 15 días, pero, señala que hay que llegar muy temprano y a veces ni siquiera alcanzan ficha para ser atendidos. Asimismo, Patricia mencionó que en una ocasión acompañó a una de sus empleadas a Mission Merci, la chica no tenía seguro médico y tenía un fuerte malestar estomacal.

En el escenario 2, sobre el acceso a servicios, Isabel mencionó que sí hay lugares donde te atienden a bajo costo o gratuito. Recordó el caso de una adolescente que refirió a una institución del directorio que ellos tienen para referir; en esa ocasión ella llamó y les ayudó como interprete

en la llamada, ya que en el servicio no hablaban español, dice que en las preguntas que le hicieron para saber los síntomas que presentaba la adolescente le preguntaron si estaba enamorada o si tenía novio, estas preguntas le incomodaron, mencionó que le parecía estigmatizante hacer ese tipo de preguntas. Platicó que tres meses después se volvió a encontrar con la mamá de la chica y le preguntó sobre si recibió atención, a lo cual le respondió que no le habían vuelto a llamar. Mencionó que le parece muy importante que las instituciones tengan menos tiempo de espera, aunque entiende que así puede ser el sistema. Me sugirió acercarme a una clínica de salud mental que está muy cerca de este lugar, que posteriormente visité. Así, a través de esta referencia, fue como contacté a Paola, quien se convirtió en informante clave.

En la segunda plática que tuve con Paola me invitó a su lugar de trabajo, la clínica gratuita. Ella comentó que ofrecen servicios de salud en general y de salud mental, que todos son completamente gratuitos y atienden población de 18 a 64 años únicamente. Los requisitos para poder ser atendidos son: extractos bancarios, declaración de impuestos, pasaporte y una prueba de vivienda. Le pregunté si en el caso de los migrantes indocumentados estos requisitos son los mismos y contestó que sí. Que lo único que piden es que lleven documentos propios, no prestados, no falsos, prefieren que presenten un pasaporte de su país, a que les lleven una licencia que no existe o que le lleven un “social” (tarjeta de seguridad social) que es robado porque mencionó “por ley, tengo que denunciar”. También mencionó que muchos tienen la licencia de Maryland, aunque viven en el condado, porque sabe que es el único estado que les ha dado la licencia. Entonces ella les dice que nada de Maryland, nada de licencia, de “taxes”, de nada. Que por eso les pide el pasaporte de su país de origen, no importa que haya sido tramitado en el consulado.

Sobre la demanda de atención, ella se encarga de las renovaciones para el acceso. Dijo tener aproximadamente de 30 a 40 solicitudes, entre llamadas y correos electrónicos. De estos, el 30% son por solicitud de servicios de salud mental. Dan también recetas y medicamentos, incluidos para

tratamiento psiquiátrico, trabajan con “cuatro farmacias grandes por todo el país”, quienes les dan los medicamentos para sus pacientes. Sólo les cobran cinco dólares por receta.

Sobre el personal que da las psicoterapias mencionó que todos son americanos, pero tienen intérpretes. Ella recalcó “encontrar psicólogos y psiquiatras, bilingües, es un dolor de cabeza, no hay”. Señaló también que por ley deben tener intérprete y que a las sesiones este “tiene que entrar porque no puede estar el terapeuta solo sin intérprete”.

En la plática que tuve con Paola detecté algunas situaciones que pueden convertirse en barreras para acceder a ese servicio de salud: 1) una proporción de migrantes indocumentados no declaran impuestos, 2) hacer el trámite para obtener el pasaporte en los consulados requiere tiempo y ciertos requisitos y 3) el hecho de que el servicio sea proporcionado únicamente por psicólogos americanos que no hablan español ni están familiarizados con la cultura deja la duda de si están capacitados para comprender los malestares y la situación que vive un migrante indocumentado.

7.1.7. Percepción de los informantes clave a cerca de los malestares emocionales en la comunidad  
Para Ana, una de las informantes clave del escenario 1, uno de los principales problemas de la población mexicana que vive en este condado es “la desintegración familiar y aunado a esto que los jóvenes a todo le llaman depresión” que “a veces solo dicen que están deprimidos porque no quieren trabajar”. Patricia, informante en este mismo escenario menciona que la gente que vive en las afueras del condado y no tiene automóvil o licencia de conducir es quien peor la pasa porque tampoco saben cómo moverse en transporte o es insuficiente.

En el escenario 2, Isabel mencionó que cree importante que se atienda la salud mental de la población, debido a que “manejar sin licencia les genera estrés y temor a ser detenidos, en esta zona no hay transporte público suficiente y la gente requiere conducir para ir a trabajar”. Otro malestar que mencionó fue el estrés y depresión, aunque cree que la gente no se atiende porque “no

lo considera necesario”, que incluso hay desinformación sobre qué es la salud mental, cree necesario informar a la población al respecto. Mencionó que la gente sólo acude a atenderse cuando tiene alguna emergencia médica sobre su salud física. Asimismo, Paola mencionó que los principales malestares de la población son que “los jóvenes que recientemente han llegado de otro país no se adaptan con su familia de origen porque fueron dejados de muy pequeños, crecieron sin papás y ahora que ya están con ellos no saben cómo integrarse, no quieren ir a la escuela y se vuelven rebeldes”; también mencionó la gran cantidad de horas que los niños pasan en los aparatos electrónicos, principalmente el celular, mencionó que en las escuelas están detectando que “los niños no tienen esa capacidad de creatividad o curiosidad”. Durante la visita a la clínica gratuita, lugar de trabajo de Paola, ella mencionó que los migrantes acuden a solicitar ayuda principalmente por depresión, estrés, violencia doméstica y “muchos casos de abuso sexual”. Recalcó también que actualmente había solicitudes por “demasiado estrés, mucha tensión con el ambiente que se está viviendo ahorita, respecto a la migración”.

## 7.2. Entrevistas individuales

Las experiencias de vida relatadas por los participantes en las entrevistas conforman la base sobre la que se realizó el análisis de este trabajo. La información recabada en la primera fase del estudio, tanto de las observaciones del contexto como la proporcionada por los informantes clave y que fue presentada en la sección anterior nutre esta segunda fase del estudio. Los resultados se presentan organizados de acuerdo con las categorías y subcategorías encontradas en el análisis, donde también se combinan datos obtenidos durante todo el proceso de investigación.

### 7.2.1. Características de los participantes

Los siete migrantes entrevistados refirieron que contaban con un vínculo familiar en EUA. Llevan de 10 a 20 años viviendo en ese país. La mayoría ha ingresado solo una vez, cruzando la frontera; excepto Alonso que ingresó tres veces con visa de trabajo, la última vez decidió quedarse y pasó a tener estatus migratorio indocumentado. A continuación, haré una breve descripción de cada participante, empezando por su pseudónimo asignado y señalando sus características sociodemográficas principales.

Adela es una mujer de 35 años, estudió hasta la secundaria. Se dedica a las labores del hogar y a cuidar a sus cuatro hijos, con edades de 1 mes, 2, 7 y 11 años. Sus cuatro hijos nacieron en EU. Ella mencionó que unos días antes de la entrevista empezó a tomar clases de inglés gratuitas, tres horas, dos días a la semana, en ese lugar le cuidan a los niños pequeños que aún no van a la escuela, mientras ella toma sus clases. Vive con su esposo y sus cuatro hijos, en las afueras del condado, en una casa móvil mejor conocida como “trailer”. Su vivienda es propia, solo pagan renta del espacio que el gobierno cobra por permitir “estacionarse”.

Geo tiene 35 años, terminó la preparatoria. En cuanto a su ocupación, se autodefinió como ama de casa *“más que nada cuidando a los niños en la casa”*. Tiene tres hijos, de 2, 8 y 12 años,

los tres nacieron en EU. Vive con sus tres hijos, su esposo que es de El Salvador y tiene residencia estadounidense. Comentó que desde hace tres meses vive con ellos un sobrino de 18 años de edad, a quien ella mandó a traer de México porque *“allá él corría un peligro... peligro de que, que se vaya por mal camino y se estaba perdiendo en el vicio”*. Mencionó que en su casa ella y él son los que *“no tienen papeles”*. El día de la entrevista estaba de vacaciones, regularmente trabaja en un restaurante de comida americana, es encargada del turno matutino. Dijo que tiene un *“part time”*, es decir, trabaja cuatro horas al día, de lunes a viernes.

Alonso tiene 35 años, estudió hasta la preparatoria. Está casado y tiene dos hijos, de 8 y 10 años. Hasta hace poco estuvo viviendo solo en EU. Mandó a traer de México a sus hijos y esposa, quienes hace dos meses cruzaron la frontera. Ahora, viven los cuatro en un departamento rentado. Sus hijos ya asisten a la escuela y su esposa le ayuda a vender comida a una prima. Alonso de lunes a sábado trabaja en una empresa de Landscaping<sup>7</sup> donde sus actividades principales son en sus palabras: *“cortar casas, casas residenciales y los sábados es el mantenimiento del rancho del patrón”*; también es operario de *“trocas grandes”* y para poder manejarlas cuenta con la licencia de conducir especial para este tipo de vehículos.

Néstor tiene 35 años, terminó la preparatoria, de ocupación instalador de pisos, trabaja de lunes a viernes, los sábados no es obligatorio, según lo comentó. Aunque se autodefinió como soltero, comentó que vive con una mexicana, en una traila que rentan. Tiene una hija de 13 años que vive con su mamá y a la cual él ve los fines de semana.

Elena tiene 44 años, estudió odontología y comentó que para graduarse solo le faltó hacer su examen profesional. Está casada y tiene cuatro hijos, de 22, 15, 10 y 8 años. Vive con ellos en

---

<sup>7</sup> Se refiere al diseño, la construcción y el mantenimiento de áreas verdes tanto residenciales como comerciales. En la primera fase del estudio se pudo observar que la mayoría de los indocumentados en esta zona trabajan en estas actividades, principalmente, en cuestiones de jardinería.

una traila propia ubicada en una zona en las afueras del condado y donde viven varias familias de migrantes hispanos. Ella trabaja en limpieza de casas por su cuenta, de lunes a viernes, tiene horario flexible. Cuando empezó trabajaba ella sola, tiempo después contrató a dos mujeres originarias de Centroamérica que son quienes la apoyan en la limpieza de casas.

Rita tiene 41 años terminó la primaria. Es divorciada y tiene tres hijos, de 22, 18 y 14 años. Ella vive con sus dos hijos menores en un departamento rentado, la mayor vive en otro lugar en unión libre con su pareja. Su otra hija acaba de terminar la high school, y empezó a trabajar como auxiliar en un salón de belleza, el niño empezó a estudiar la high school. En cuanto a su ocupación, Rita dijo que trabaja por cuenta propia, se definió como “housekeeper, trabajo limpiando, limpiando casas para las personas de dinero”. Su jornada laboral es de lunes a viernes, a veces incluso los sábados.

Por último, Víctor tiene 44 años, terminó la secundaria. Está casado y tiene cuatro hijos de 23, 15, 8 y 6 años. Trabaja por cuenta propia en actividades de jardinería. En su pequeña empresa trabaja otro migrante originario de Oaxaca y también su hijo mayor.

### 7.2.2. Historia migratoria

Respecto de su historia migratoria, Adela mencionó que la primera vez que llegó a EU fue en 2004, migró porque su novio (ahora su esposo), “*se la trajo*”. Durante esa primera estancia tuvo a su primera hija, en 2009 por problemas con su esposo se regresó a México y se llevó a su hija, “*se separó de él*”. Cuando le pregunté por qué motivos regresó a EU respondió: “*pues llegué a México y no tenía nada (risa), me hacía falta pañales, leche, como la niña estaba chiquita, entonces ¡ah!, el dinero que yo llevaba, no me alcanzó y entonces me las vi muy difícil y pues encontrar trabajo estaba muy difícil y luego dije yo que no, no; ya no me gustó México, bueno sí me gusta pero, como que se me hizo un poquito difícil con la niña, más por las cosas que uno necesita y todo*”

*estaba, se me hizo carísimo no me alcanzaba para nada... entonces decidí regresar”*. Sobre cómo volvió a cruzar la frontera ella mencionó: *“esa vez cruzamos por el río, en una lanchita, a la nena la mandé a traer después (tenía 1 año), la dejé con mi mamá y yo sola crucé la frontera y ya después mandé a alguien por ella, porque ella sí puede viajar”*. Esa ocasión que regresó a EU fue su esposo el que la mandó a llamar, desde esa última vez, lleva 10 años viviendo como inmigrante.

Geo, Néstor, Elena, Rita y Víctor cruzaron la frontera una sola vez, la mayoría por el desierto. Ellos llevan viviendo en EU más de diez años. Elena y Rita cruzaron la frontera al mismo tiempo que sus hijos. En el caso de Rita a sus hijas las cruzaron “por la línea” a diferencia de ella que tuvo que caminar por el desierto o los cerros para llegar del otro lado de la frontera, lo cual le llevó varios días, ella relató “nos cayó migración por tierra con perros y helicóptero, el coyote nos dejó perdidos”, dijo que estuvo escondida con otras personas hasta que pudieron salir a carretera a pedir ayuda, donde fueron auxiliados por un americano que les dio agua y los llevó en una camioneta a una gasolinera donde había personas que podía ayudarles. Rita mencionó que a sus hijas de 5 y 1 años, las cruzaron “por la línea” a ambas las entregaron en San Diego al hermano de Rita la misma noche que cruzaron. Asimismo, Elena relató que ella y su hija cruzaron también por la línea, con pasaportes falsos. Su hijo tenía cuatro años. Ella contó la angustia que vivió en esa situación porque al niño lo separaron de ella, lo cruzaron primero y estuvo cinco días sin tener noticias de él, hasta que llegó a California donde lo tenían. Ella explicó “él dice que lo durmieron, dice que se lo llevaron a comprar ice cream, lo subieron a caballitos y todo, yo creo que lo cansaron y, tal vez, le dieron una pastilla para sedarlo no sé, la verdad”.

Alonso a diferencia de los demás participantes, entró tres veces a EU, las primeras dos veces con visa de trabajo, se quedaba nueve meses a trabajar en la empresa que los había contratado desde México. Él relató que la última vez que llegó a EU la compañía que los llevó le dijo que no

volverían a contratarlos desde México porque eran muchos trámites, que era mucha pérdida para la compañía y que si quería quedarse y perder su visa de trabajo era decisión de él.

Sobre los motivos para migrar, destacan diferencias entre hombres y mujeres, ellos lo hicieron para mejorar sus condiciones económicas y ellas para reunirse con sus parejas. Cuando se les preguntó sobre cuánto tiempo más pensaban quedarse en ese país, solo uno de ellos contestó que cinco años más, el resto dijo no tener fecha de regreso, o esperar a ser deportado.

Respecto de los motivos para quedarse en EUA, la mayoría mencionó razones económicas. Perciben mayor seguridad económica, lo que les permite tener trabajo vivienda y educación para sus hijos, al comparar con cómo creen que sería su vida en México. Geo dice “mi vida está aquí” se refiere a que en EUA ve prosperidad para sus hijos, ahí está su esposo, que ella vivió poco en México y no se imagina su vida allá.

### 7.2.3. Fuentes de preocupación de la vida cotidiana

Con referencia a lo que hacen en un día normal de lunes a viernes o fines de semana y qué situaciones en su día a día son las que les preocupan o les hacen sentir mal, los participantes mencionaron situaciones relacionadas principalmente con el clima hostil que se estaba viviendo durante el trabajo de campo de este estudio.

*“Mira, no te miento, ahora que estuvieron con eso de las redadas, sí me daba temor, porque mi suegra me contó que cerca de donde viven había un señor al que migración lo estaba buscando y le fueron a tocar la puerta (a ella) y lo confundieron con mi suegro, que se lo querían llevar, entonces ahora que estuvo eso de migración que empezó en julio, sí tenía temor porque en donde nosotros vivimos los que no tenemos papeles ahí, somos mi sobrino y yo” (Geo).*

*“Lo que hace me sentir mal y con miedo es esto de las deportaciones, hace como tres semanas, estuvo aquí en este edificio, en esta área de aquí, ICE, los de emigración estuvieron aquí y anduvieron caminando y de eso es lo que sí tengo temor, porque yo no quiero regresar a mi país con una mano adelante y otra atrás, porque allá no tengo nada. Al menos aquí tengo mi trabajo día a día para darle comida y techo a mis hijos” (Rita).*

Los testimonios de Geo y Rita reflejan el miedo a la deportación. Durante esos meses las redadas incrementaron en todo el país y en la zona la presencia de ICE era notoria. Este ambiente hostil repercutía en los malestares emocionales de los IMI, tal como lo reflejan sus testimonios.

*“Pues ahorita nos preocupa esto de este viejo loco (Trump) ¿vea? como a cualquiera. Pero uno tiene que seguir la rutina pero, también pobre gente (refiriéndose a otros IMI), quieren manejar, quieren salir, ¿Cómo van a moverse pa’ salir a su trabajo?..” (Víctor).*

La preocupación y miedo a la deportación se refleja también en el testimonio de Víctor, quien señala que la política de Trump impactaba en el sentir de los IMI tan solo al trasladarse de la casa al trabajo. Como ya se ha señalado, en el escenario 2 los IMI no podían acceder a licencias de conducir, las opciones con las que contaban eran obtener una licencia de otro estado o manejar sin licencia. Dichas opciones los ponían en riesgo de que ante cualquier infracción o revisión se enfrentaran a una posible deportación.

*“Fíjate, te voy a contar, el lunes pasado estuvimos trabajando en la casa de una morena y me preocupaba porque si no le hubiese gustado el trabajo ella nos iba a reportar a la compañía. Porque la persona (que) era de raza morena, nos veía así como, como si ella fuese racista, nos veía como animales” (Néstor).*

El testimonio de Néstor, mencionado como una preocupación de la vida cotidiana y, que vivió días antes de la entrevista fue sobre un día que hizo un trabajo y sintió que la clienta era racista, que se sintió tratado como no humano, como un animal. Este evento es un ejemplo de los muchos que él mencionó haber vivido en otros momentos de su vida en EU y que tienen que ver con racismo y discriminación. Lo que llama la atención es que a él lo que más le preocupaba de este evento es que esa clienta fuera a llamar a su empleador para acusarlo y él pudiera perder su trabajo. Pareciera que lo de menos era haber sido víctima de racismo, lo preocupante para él era tener problemas en el trabajo.

*“Pues la preocupación de no tener errores en el trabajo o de no lastimarme, la preocupación de estar bien, cuidarme, que no me pase nada porque ahora sí que estamos solos, porque no estamos en nuestro terreno, la preocupación a que me pase algo porque estamos de ilegales, más que nada. No, no puedes no tener temor porque estamos sin ayuda” (Alonso).*

En su testimonio Alonso también muestra preocupación por tener problemas en el trabajo, específicamente referente a algún accidente laboral porque sabe que por su estatus migratorio no tiene protección alguna. Por esta misma razón le preocupa enfermarse. Él mencionó que cuando su estatus era diferente (que tenía la visa de trabajo), no sentía esas preocupaciones o miedo, se sentía

protegido y con más libertad de salir y moverse a cualquier lado o que si se enfermaba tenía un seguro de gastos médicos que podía utilizar.

Para contextualizar los testimonios anteriores, en la figura 7 se muestran ejemplos de noticias de periódicos e información en redes sociales, derivadas del ejercicio de investigación documental que se hizo como parte de la descripción del contexto del estudio. En las noticias era común escuchar acerca de las redadas, hubo más acercamientos de patrullas y elementos de ICE en la zona, así como llamados a través de las redes sociales a unirse contra las redadas.



Figura 7. Ejemplos de información relacionada con las redadas y publicadas en redes sociales e internet

Otra preocupación que resaltó en los relatos de los participantes es lo que tiene que ver con la vida rutinaria que perciben de vivir en EU, mucha de esta rutina tiene que ver con su condición de indocumentado y las barreras presentes como el no hablar inglés que les delimita el acceso a ciertos lugares de comida o recreación. El tener jornadas extenuantes repercute también en la falta de tiempo para convivir con sus hijos.

*“ (aquí) solo pasa uno trabajando, trabajando y trabajando. Lo que pasa que vive uno la vida muy rápido aquí, aquí no es como en México, también por el trabajo ¿no?, que aquí pasa uno pasa uno este la vida muy rápido, no le di tiempo a mis hijos” (Víctor).*

Rita relató que una situación que produce malestar emocional (frustración) en los migrantes es la rutina, ella describió:

*“...Hay hombres o hay hogares donde los hombres se levantan a las 4 o 5 de la mañana y van regresando a sus casas ya tarde y, a veces no son bien pagados prácticamente vienen solo a su casa a dormir, a comer y a dormir y otra vez, la misma rutina. A veces por lo mismo que no están bien pagados viene la frustración”.*

#### 7.2.4. Malestares emocionales

Además de las situaciones mencionadas anteriormente, se encontraron otras preocupaciones, de las cuales surgieron malestares emocionales que posteriormente se categorizaron en dos grandes rubros: 1) relacionados con la vida cotidiana y 2) relacionados con su estatus migratorio.

**a) Relacionados con la vida cotidiana:**

La tristeza y la soledad por el rol de cuidadora y ama de casa. La fuente de malestar más significativa fue la sobrecarga para la crianza y cuidado de los hijos mencionada únicamente por las mujeres, quienes manifiestan una serie de emociones, sensaciones y expresiones estrechamente ligadas a la tristeza, la soledad y el sentimiento de incompreensión. Adela, que tiene cuatro hijos, describió la falta de apoyo que siente por parte de su marido, quien trabaja en una ciudad cercana, por lo que sólo se ven los fines de semana, destacando, en este caso, un alto nivel de desesperanza que incluso la llevó a ideas suicidas:

*“...cuando me siento triste, siento que a mi esposo ni le importo o así... nomás me afecta que mi esposo no esté con nosotros... (como él) trabaja lejos entonces como que me agarraba la desesperación de que todo lo tenía que hacer yo yo yo yo ah, ... yo sé que él tiene que ir a trabajar pero (quisiera que) ¡no lejos! De lunes a viernes me deja sola completamente... y entonces me agarraba la desesperación y decía yo ‘ah pues qué tal si me voy a matar, pues aquí terminan todos mis problemas’.”*

*(Adela).*

Impotencia y enojo debido a problemas con sus relaciones de pareja. Rita, Geo y Néstor describieron sentimientos de impotencia y enojo por el manejo de la separación o divorcio. Rita relató eventos de violencia de pareja, lo cual la llevó a divorciarse. Néstor narró su inconformidad por convivir poco con su hija debido al acuerdo de custodia y visitas.

La impotencia ante las dificultades económicas. Sobre los problemas económicos cotidianos, como los ingresos insuficientes Rita relató cómo su sueldo no es suficiente para mantener a dos hijos, ya que su exmarido no aporta la pensión alimenticia.

*“ (aquí) no se puede sobresalir, no se puede ahorrar, entonces de ahí viene la frustración de uno, de decir... que estoy trabaje y trabaje en lo mismo y no subo ... yo a veces me pregunto eso, ¿Por qué Dios mío? ¿Por qué trabajo tanto y no veo resultado de mi dinero?... ¡Por tantos gastos! Porque en este país, así como le da también le quita. Si usted manda a su país 100 dólares, (allá) son muchos pesos.... Ajá y acá 100 dólares son 100 dólares.” (Rita).*

#### **b) Relacionados con el estatus migratorio:**

La sensación constante de miedo y temor, en particular de salir a la calle, fue un aspecto común en los relatos de los participantes pues percibían un riesgo mayor de ser detenidos y, sin embargo, todos reiteraban que era necesario tener que salir a trabajar. Este temor de salir a la calle por lo que les podría pasar en razón de su estatus migratorio, fue más marcado cuando se enteraban que había redadas en la zona donde vivían. Destaca el reporte de miedo a ser detenidos ante cualquier infracción de tránsito y que esto culminara en una posible deportación; al respecto se hizo referencia al Servicio de Control de Inmigración y Aduanas (ICE) y a la policía en general. Este temor puede acompañarse de manifestaciones como llanto, insomnio, preocupación y diversos síntomas somáticos.

*“Uno que no tiene papeles aquí y ahm, a veces da miedo un poquito salir a la calle, por las cosas que están pasando ahorita (refiriéndose al clima de tensión actual). A veces me pongo a pensar, no pues que pase lo que Dios quiera, ¿no? Ya si Dios dice que, hasta aquí, hasta aquí.” (Adela).*

*“[...] sales y sinceramente vas mirando para todos lados y este, pues, pensando en que te están siguiendo o que ..., no sé, (esperando) que no tengas un accidente porque enseguida van a llamar a ICE o no sé... pero sí, te afecta porque te levantas y desde que te levantas..., piensas este, ‘ojalá y me vaya bien y no me pase nada (que) no me agarren por ahí porque tengo que regresar’.” (Néstor).*

Como se mencionó anteriormente, hasta antes de 2021 en el estado de Virginia los migrantes indocumentados no podían acceder a licencias de conducir, sin embargo, todos los participantes de este estudio sí contaban con dicho documento. Ellos obtuvieron la licencia en el estado de Maryland. Llama la atención que, a pesar de ello, todos mencionaron sentir miedo o temor a ser detenidos por alguna infracción de tránsito o en cualquier revisión, y que en ese momento la licencia no fuera suficiente y la policía pudiera darse cuenta de su estatus migratorio y deportarlos.

Coraje y preocupación al ver las noticias sobre las redadas. Adela expresó “espantan a la gente”, porque aumentan el miedo hasta de abrir la puerta de sus viviendas.

*“[...] a mí sí me da miedo cuando se ve en las noticias lo de las redadas... porque yo me voy con este pensamiento al trabajo’ ¡Ay Dios mío! ¿Y si hay una redada donde yo estoy y ya no regreso? ¿Y mis hijos? ¿Qué va a ser de ellos?’ o los niños también dicen: ‘mami ¿y si te deportan, qué va a ser de nosotros?’ Ellos se preocupan ¿verdad? como también ya ven las noticias, ya entienden... y pues yo también me preocupo, yo le digo a mi esposo que maneje con cuidado.” (Elena).*

Enojo, coraje, ira, impotencia y llanto por los actos de racismo y discriminación vividos; estas experiencias las han vivido en más de una ocasión, tanto en sus actividades de la vida diaria, como al ir de compras, o tanto en la escuela de sus hijos, como en el trabajo.

*“[...] puede ser un malestar emocional el racismo... mucho americano se te queda viendo como bicho raro ¿Ve? eso es lo que le puede a uno causar malestar ¿verdad?” (Víctor).*

*“Últimamente, a veces cuando salgo a la tienda a comprar lunch o así ahm, no sé siento que la gente se me queda mirando feo... no sé si soy yo o ellos de verdad me miran feo por todas las cosas que están pasando y entonces yo siento que me están mirando feo que, como que diciéndome vete de aquí” (Adela).*

*“Cuando mis hijos estaban pequeños fui a la escuela de voluntaria, en ese entonces hablaba inglés, pero muy poco. Ahí tuve un problema con una morena. Ella me dijo que qué hacía yo ahí. Me dio a entender que, por mi origen, ¿vea? Yo le dije: Mi hijo está aquí, en la actividad. Me preguntó que de qué trabajaba, le dije que era una*

*housekeeper y le dio risa. Entonces vine yo y le dije (con mi poco inglés), que no me daba vergüenza ser una housekeeper, porque de eso comían mis hijos y todo, da más vergüenza una persona como usted, le dije porque ustedes van y piden estampillas de comida, piden que les paguen la renta. La maestra tuvo que interferir, yo le dije que si ella me estaba haciendo de menos porque yo era una mamá hispana que no hablaba mucho inglés lo mismo que valía yo, valía ella.” (Rita).*

*“Apenas me pasó, un americano (vecino) me gritó, estaba tomado el señor, me tocó la puerta, yo abrí y me empezó a gritar que porque ocupamos su parqueadero y no era cierto. Yo le dije que no, que no tenía que gritarme que estaba borracho, que estaba tomado, que mejor viniera mañana. Se disculpó y se fue, pero sentí que fue como racismo porque había demasiado parqueadero.” (Geo).*

*“Nunca me había pasado que te cerraran la puerta. Estábamos trabajando en el pasillo de arriba y la señora estaba en su cuarto... y este, le abrimos la puerta para poner una pieza que va en la orilla de la puerta con la carpeta, digamos y abrimos, o sea pedimos permiso y ella dijo que estaba bien, entonces no más dejamos tantito abierto y ella vino y azotó la puerta. Entonces sí, fue algo que yo dije, oye no, o sea yo estoy trabajando y no me dejas trabajar. No te estoy haciendo nada, no te estoy mirando. Era una señora de aproximadamente 55 años, morena. No sé, tal vez ella pensó que la estábamos mirando o no sé, pero pensé solo estoy trabajando, no te estoy mirando. Me dieron ganas de dejar el trabajo y salirme corriendo.” (Néstor).*

Los episodios relatados por Víctor, Adela, Rita, Geo y Néstor son eventos que podrían no ser ataques directos, que van desde miradas (Adela), al hacerlos sentir como “bichos raros” como lo expresó Víctor o comentarios en tono de burla como lo expresó Rita, reclamos sin justificación, en el caso de lo relatado por Geo o azotarles la puerta como lo mencionó Néstor. Los entrevistados perciben un trasfondo de racismo y discriminación en sus vivencias. Estos actos de discriminación sutiles con tintes racistas y en ocasiones altamente ofensivas pueden considerarse “microagresiones raciales” (Sue et al., 2007). Habrá que analizar el impacto de estas agresiones en la vida cotidiana de los IMI.

*“[...] estábamos trabajando, cortando el pasto a un banco y al final levanté tantito polvo y (un americano) fue a agredirme, gritándome cosas feas, diciéndome que iba a llamar a la policía porque había ensuciado su carro, casi me golpeaba, me gritó, se acercó mucho, pegado a mí y me gritó (señalándome), que me fuera de su país.”*

*(Alonso).*

*“A mí me tocó una vez en mi trabajo... mmhh, llegó un americano ahí y me empezó a gritar que yo no era de ahí, que me regresara para México, en ese momento me puse a llorar. Yo estaba tomando la orden, cuando él llegó y de repente me empezó a insultar, entonces yo empiezo a llorar y después otro señor que estaba atrás de él, que es americano también me abrazó y me dijo: no le hagas caso. Entonces como que después, me tranquilicé y ya dije okey, está bien no le hago caso y, le dije que, si iba a ordenar o no y que si no, que se fuera de la tienda. Así como que agarré valor y se lo dije, eso pasó hace varios años.” (Adela).*

Como ejemplos de ataques de racismo directos están los testimonios de Alonso y Adela, los dos fueron agredidos en su trabajo. En el caso de Alonso, durante la entrevista relató que estaba muy enojado por no poder defenderse, por tener que aguantarse y no dejarse llevar porque tenía miedo de que la policía llegara y él tuviera problemas por ser indocumentado. Adela relató que su reacción al sentirse agredida fue ponerse a llorar y cuando fue apoyada por otra persona se tranquilizó y le pidió al agresor que se fuera de la tienda. En ambos casos no se solicitó apoyo de la policía por miedo a tener problemas o porque pareciera que no consideran que eso sea un evento por el cual denunciar o como si fuera algo que aceptan vivir por ser migrantes indocumentados.

Prácticamente todos y todas las participantes refirieron malestares asociados a actos de discriminación por su origen racial o color de piel, pues mencionan percibir que son rechazados por estos motivos. Su condición migratoria y el hecho de no hablar bien inglés conllevan también a una sensación de impotencia y rabia, pues no pueden hacer frente a situaciones específicas de discriminación.

Otro malestar asociado al estatus migratorio fue la tristeza para las mujeres por su soledad al estar lejos de su familia de origen o para los hombres al no tener hijos y cónyuge en Estados Unidos (Alonso). Todas las mujeres entrevistadas mencionaron que les gustaría tener a su madre o hermanas cerca para apoyarlas en el cuidado de sus hijos. Adela enfatiza el sentimiento de no tener a alguien que afronte la soledad:

*“[...] extraño estar cerca de la familia. Cuando me siento sola, (en México) voy a casa de mi mamá, a casa de la tía, o a ver a donde me meto pero, voy a casa de alguien de mi familia. Y aquí no. ¿A dónde se va a ir a meter uno? Aquí no hay nadie.” (Adela).*

#### 7.2.5. Prácticas de autoatención

La categorización de las formas de atención no solo permitió dar cuenta de las barreras de acceso por la condición de salud mental con relación a su condición racial, sino también por su estatus migratorio. Para dicha categorización se tomó como referente la propuesta de Menéndez, es decir, si se utiliza alguna atención profesional, algún modelo alternativo o si más bien se pueden hablar mayormente de prácticas de autoatención (Menéndez, 1992).

a) **Respecto de la atención profesional**, se encontró que ésta sí se les ha ofrecido por parte de psicólogos, pero no por el malestar emocional con las experiencias de discriminación o el temor relacionado con su condición de indocumentados, sino al estar embarazadas o por haber vivido violencia doméstica. Es decir, las mujeres no la han solicitado.

Adela mencionó:

*“[...] este último embarazo que tuve ahí en el hospital, ahm, me hicieron esas preguntas... y sí ya les dije que me estaba sintiendo mal, me estaba deprimiendo mucho y hasta tenía ganas de matarme y así... enton's ellos me pusieron a alguien para platicar y me brindaron ayuda, me dijeron que si necesitaba ayuda psicológica y todas esas cosas, que ellos me apoyaban... no acepté la ayuda... como ahorita pus mi esposo está trabajando lejos y entonces se me hace difícil tomar la ayuda no, no veo el tiempo, no encuentro el tiempo para ir a tomar terapias o platicar con alguien*

*porque la nena pues está recién nacida y tampoco quiero dejarla, sola y más con el otro de 2 años, enton's como que se me hace difícil”.*

Como se observa, ante el malestar emocional, ningún participante mencionó utilizar servicios formales de salud mental, a pesar de la existencia de servicios de salud móviles (como "Mission of Merci") y servicios de bajo costo (como la clínica gratuita) que se observaron en la primera fase. En las entrevistas los IMI argumentaron que no eran accesibles debido a diversas barreras; entre ellos destacaron sus altos costos y que el tiempo utilizado para ir implicaría faltar al trabajo, afectando sus ingresos. Además, ninguno tenía seguro médico, a diferencia de sus hijos nacidos en Estados Unidos. En el caso de los hombres, resaltaron que la atención de la salud mental ni siquiera es algo que se tome como una opción a considerar.

b) **Sobre prácticas de atención alternativas**, cabe señalar que estas no son muy utilizadas para hacer frente a los malestares emocionales. Solamente Rita mencionó recibir masajes o el uso de ventosas debido al dolor de espalda que sufre por el trabajo extenuante que realiza (limpieza de casas). Las cuatro mujeres entrevistadas mencionaron que en las escuelas de sus hijos les hacen llegar información sobre distintos tipos de ayuda. Sin embargo, no señalaron una atención particular a sus malestares emocionales, aunque tampoco la solicitaron.

*“[...] en las escuelas ya hay muchas traductoras, incluso te asesoran y todo. Pues te tienes que involucrar más en la escuela, con tus hijos, para que vean que tú eres como una madre, que tú te preocupas por ellos, que vaya uno a una conferencia, incluso ir a desayunar con ellos, a un parque, que participes con ellos ¿verdad? porque si tú no participas ¿qué va a decir la maestra?” (Elena).*

c) **Las prácticas de autoatención detectadas** fueron: actividades de relajación, actividades espirituales o religiosas, autocontrol o “aguantarse”, automedicación, uso de remedios caseros y redes sociales de apoyo (ver Tabla 2). Algunas, como asistir a la iglesia o ir a jugar futbol, son estrategias que otros integrantes de la comunidad también hacen y fueron observados durante los recorridos en los dos escenarios, lo cual ya se mencionó en el apartado correspondiente.

Tabla 2. *Prácticas de autoatención utilizadas por hombres y mujeres*

<b>Prácticas</b>	<b>Productos</b>
	<b>Mujeres</b>
Actividades de relajación	Estar sola o buscar espacios sin los hijos, “arreglarse” (el cabello, las uñas), salir con las amigas y disfrutar un rato. Llevar a pasear a los niños.
Actividades espirituales o religiosas	Encomendarse a Dios, escuchar alabanzas, ir a misa, rezar y orar.
Evitación social	No ver las noticias y no salir de casa
Automedicación	Tomar “tylenol”, aspirinas y vitaminas (E, B, 12). Vitaminas específicas que toman o se inyectan durante el embarazo y son enviadas desde México.
Uso de remedios caseros	Tés o “menjurjes”, que solicitan a su mamá por teléfono (desde México) o a otras mujeres.
Redes sociales de apoyo	Acuden a sus vecinas, pero no hablan de problemas personales.
	<b>Hombres</b>
Actividades de relajación	Dormir, dejar que se pase la tristeza o malestar, ir a bailar, hacer deporte, jugar futbol, convivir con amigos, descansar, salir a comer.
Uso de sustancias	Tomarse unas cervezas
Actividades espirituales o religiosas	Ir a misa con su familia
Autocontrol	“Aguantarse” y no reaccionar como quisieran ante racismo y discriminación
Automedicación	Tomar “tylenol”, aspirinas y vitaminas.
Redes sociales de apoyo	Visita a un familiar para distraerse.

Retomado de Ramírez de la Roche et al., 2013 y actualizado con datos propios.

Se encontró que escuchar alabanzas (usando CD o aplicaciones en el celular) y actividades de relajación como estar sola o buscar espacios sin niños son prácticas que las mujeres mencionaron como una forma de enfrentar la sobrecarga de crianza de los hijos y actividades domésticas. Para ellas es complicado disponer de este tipo de espacios por la falta de redes de apoyo cercanas, por lo que, comprensiblemente, este malestar puede cronificarse. El dormir, dejar que se pase la tristeza o malestar, hacer deporte, jugar fútbol y tomarse unas cervezas fueron estrategias reportadas por los hombres.

Otra estrategia mencionada por la mayoría de los participantes, sobre todo para enfrentar el miedo a manejar y ser detenido o deportado debido a su estatus migratorio, es encomendarse a Dios y pensar que “si va a pasar, que pase”, “total me van a mandar a mi país, a un lugar que conozco”; esta estrategia no la mencionaron las entrevistadas que tienen hijos pequeños. Dentro de las actividades religiosas, rezar, orar, escuchar alabanzas y asistir a la iglesia, fueron mencionadas por las cuatro entrevistadas y un entrevistado.

*“[...] me pongo a pensar, no pues que pase lo que Dios quiera, ¿no? Ya si Dios dice que hasta aquí, hasta aquí. Bueno, como yo antes iba a la iglesia, ahorita ya no voy, pero antes sí; entonces me acuerdo un poquito de eso, de Dios y me pongo una alabanza o prefiero no hablar con nadie... eso sí no, no quiero hablar con nadie, me encierro ahm, si tengo tiempo me encierro, casi nunca tengo tiempo para estar solita, pero si tengo tiempo me encierro y me pongo una alabanza, ... como que Dios te da aliento... y ya me tranquilizo, trato de tranquilizarme...” (Adela).*

Así también, llorar y el uso de estrategias religiosas como orar por un poder divino que ayude a seguir adelante lo utilizan ante los malestares por las dificultades económicas.

El uso de estrategias de evitación social, como no ver las noticias y no salir de casa fueron mencionadas por las mujeres como una forma de enfrentar los malestares provocados por las redadas.

Así también, en el testimonio de Alonso al referirse a sus principales malestares emocionales (preocupación) destaca que prefiere quedarse encerrado porque al salir tiene que estar todo el tiempo cuidándose de la policía, de todo. Cabe recordar que él estuvo dos veces en EU con visa de trabajo, la tercera vez que entró decidió quedarse y al perder la visa entró en una dinámica distinta, el comentó “somos ilegales en el país”.

*“Cuando venía con visa de trabajo pues andaba más libre, sin preocupaciones porque si me parara el policía solo se iría. Y ahorita pues, espero que no pase eso porque, ya no, no tengo papeles eh, ya no estoy con la visa. Pues estar aquí sin papeles sí nos asusta. Uno no anda libre cuando no tiene papeles, te tienes que cuidar de todas las cosas, policías. A veces los policías también son un poco racistas, ya por verte que eres hispano, ya te paran o así. Pues al estar de ilegal, no puedes salir, porque, tienes que cuidarlo todo, ah, tantas cosas, definitivamente he visto mucho racismo, más que nada” (Alonso).*

“Aguantarse” como forma de autocontrol fue utilizado por los hombres como una manera de reaccionar ante el racismo y la discriminación que viven en distintos momentos de su vida como IMI en EUA.

En el caso de la automedicación, el uso de medicamentos como “tylenol”, aspirinas y vitaminas fue reportado por la mayoría de los entrevistados, quienes mencionaron que algunos los consiguen en las tiendas latinas, lo cual también pudo ser observado en los recorridos, mencionados anteriormente e ilustrados en la Figura 2.

Adela y Geo mencionaron que mandaron traer de México las vitaminas que consideran es necesario consumir durante el embarazo y que en EUA no se las recetan. Dichos medicamentos se los enviaron sus familiares desde México, por correo mediante paquetería oficial o a través del “raitero” haciendo referencia a una persona que se dedica a llevar paquetes de EUA a México y viceversa. Este “raitero” es una especie de recurso trasnacional, ya que realiza entregas de diversas mercancías entre dichas comunidades de origen y EUA. En este recurso se ejemplifica una ruta trasnacional que valdría la pena indagar posteriormente como un posible circuito de migración, entre esta región de la cuenca del Papaloapan y Maryland.

*“...Durante el embarazo aquí no le dan a uno nada. Nada de medicamentos. Solo tylenol si le duele algo y, pero así de que le den vitaminas o así, no... he pedido medicamentos a México, me ha mandado mi suegra para acá...me los envía por correo... la vez pasada me mandaron vitaminas como, mi placenta estaba ah, ah, cuando yo me embaracé del niño la placenta se había roto un poquito, entonces me mandaron para recuperar la placenta, vitaminas, proteína y, y hierro; creo que era en inyección.” (Adela).*

El uso de remedios caseros también fue mencionado por dos participantes, quienes mencionaron que pedían información sobre esto a sus mamás o familiares que viven en México.

Geo relató “*si a mis hijos les da tos, con tanto medicamento, tantos antibióticos que ya hasta amarillos los veo... yo les hago su té o les hago cualquier menjurje, pero cuando se los hago le hablo a mi mamá o a cualquier persona que sí sabe (otras mujeres de su familia, amigas o conocidas)*”.

Cabe señalar que las y los participantes señalan resentir el no contar con redes de apoyo. Algunas entrevistadas mencionaron que pueden contar con sus vecinas, pero que no hablan con ellas de sus problemas personales. Néstor mencionó que cuando se siente triste o nostálgico visita a un familiar, pero no para hablar de cómo se siente, sino para hablar de otras cosas y para distraerse. Todos los entrevistados mencionaron que les gustaría tener cerca a su madre o hermanas que los apoyen en el cuidado de sus hijos.

Entre las razones mencionadas para no utilizar servicios formales destacaron sus altos costos y que el tiempo utilizado implicaría faltar al trabajo, lo que repercutiría en sus ingresos.

En el caso de los hombres resaltó que la atención de la salud mental ni siquiera es algo que se acostumbre a considerar como una opción.

*“[...] aquí sale un ojo de la cara (la atención de la salud mental)...y pues... el emigrante o el hispano no veo yo que busque ayuda, por lo mismo, pues vive uno la vida muy rápido aquí, aquí no es como en México y en la cuestión emocional pues aquí se la pasa uno solo trabajando, no le da a uno ni tiempo de pensar en qué momento estás mal emocionalmente y en qué momento estás bien, ¿verdad?”*

*(Víctor).*

Víctor señala que los IMI como él no acuden a solicitar atención en salud mental por el alto costo, porque no tienen tiempo de hacerlo, porque se la pasan la mayor parte del día trabajando.

*“Tal vez porque venimos de un país o un pueblo en donde a nosotros no sé, no nos han inculcado que te sientas mal, que estés triste y te lleven al doctor. Yo pienso que eso es algo que influye mucho en que uno no busque ayuda; o sea, tal vez porque venimos de un rancho que, bueno estás triste pero pos ahí nadie se da cuenta que estás triste, ahí no te pasa ni por la mente buscar ayuda psicológica o ayuda no sé, ir con un doctor y decir oyes, me siento triste porque pues pienso que es algo que, para empezar, para pagar una consulta porque te sientas triste, yo creo que no, no tendrías el recurso para eso, tal vez igual uno acá dice oyes, bueno ¿Cómo voy a buscar ayuda psicológica porque me siento triste.”(Néstor).*

El testimonio de Néstor señala además del alto costo, otras barreras para buscar ayuda como son los aspectos culturales y cuestiones de aprendizaje de género, como que los hombres no lloran y se aguantan.

*“¿Buscar ayuda? Nunca, porque ¿Qué dirían? Se burlarían de mí o esas cosas, siempre he estado solo, siempre con mis problemas solo, arreglándomelas solo.”*

*(Alonso).*

Alonso también muestra características de una masculinidad tradicional, muy parecido al testimonio de Néstor, aunque Alonso expresa más su rechazo a pedir ayuda por miedo a la burla.

Por otro lado, como comenta Adela, el no hablar inglés es un gran obstáculo:

*“...mmm, no sé, tal vez pues ah, yo no busco ayuda porque bueno, uno porque no sabía, ah, también puede ser por el inglés porque la mayoría, todos hablan inglés y, y, hasta ahorita yo me he enterado de que hay traductores, que uno puede conseguir traductor y le pueden traducir y todo, pero, yo creo que, se la pasan trabajando que no tienen tiempo (los migrantes). Porque si tú necesitas ayuda tal vez no sabes a dónde ir. Primero yo no sabía dónde ir, hasta que llegué al hospital por el embarazo, entonces fue que yo me enteré de que hay lugares donde te pueden ayudar”.*

Cabe resaltar que los participantes reportaron no tener seguro médico, solo los hijos de estos (nacidos en EUA) son quienes cuentan con dicha protección. Sobre qué servicios o recursos de atención consideran que hacen falta y que debieran estar dirigidos a población migrante respondieron:

*“Tal vez poner un centro ahí donde diga que hay ayuda para las personas que se sienten así, tristes, o que necesitan ayuda y, tal vez una guardería para que los niños estén ahí mientras ellos están tomando terapia. Así como hay lugares donde uno puede ir a estudiar inglés y ahí te cuidan a los niños y así no te tienes que preocupar de nada, yo pienso que serviría, porque la mayoría de los que estamos aquí, muchas personas no tienen familias cercanas, entonces como que cuesta más por el trabajo por los hijos, cuando anda a la carrera.” (Adela).*

*“Pienso que hace falta como un llamado más claro a la comunidad, le soy honesta como que quieren un rotulo que diga ¡Bienvenido inmigrante! ¡Aquí se habla su idioma! Algo así como con un nombre latino.” (Rita).*

### 7.3 Consideraciones finales

En este trabajo se trató de reflejar las experiencias de vida de migrantes indocumentados en un país donde el contexto político define su diario vivir. El proyecto de tesis se planeó desde antes que iniciara el mandato presidencial de Donald Trump, quien desde su campaña política dejó en claro que en su agenda estaría el deportar a los migrantes mexicanos que entraron al país de manera “ilegal”, lo cual desde su retórica los convierte en “criminales”. Este discurso no solo influyó en su victoria en las elecciones, sino que marcó su agenda política, y la criminalización de los migrantes se extendió a una parte importante de la población estadounidense que comparte estas ideas plagadas de racismo y discriminación. Y por lo que vemos actualmente, esta situación no ha cambiado en la Era post-Trump, denotando la clara presencia de un racismo estructural.

El trabajo de campo, llevado a cabo a mitad del mandato del presidente Trump, ocurrió en un contexto de incremento de las redadas en los centros de trabajo y el ambiente político era tenso. Esto pudo influir en los hallazgos, sin embargo, cuestiones como el racismo ha estado presente a lo largo de los años de la vida de los participantes según lo relatado por ellos en sus entrevistas.

En la primera fase del estudio, en los ejercicios de observación, descripción del contexto y al inmiscuirme en los escenarios de estudio pude observar, registrar y experimentar esta tensión que se sentía al escuchar en la televisión los avisos constantes sobre redadas cercanas a la zona de estudio, ver patrullas del ICE afuera del condominio donde vivía Rita, observarla a ella con miedo cuando su hijo llegó a casa a media entrevista y ella pensó que podrían ser los de ICE. A pesar de que yo iba en otra condición, que sí contaba con una Visa, todo el tiempo en campo llevaba

conmigo mi pasaporte para demostrar mi estancia en el país, aun así, cuando vi la patrulla del ICE tuve miedo hasta de cruzar la calle porque no sabía si estaba en el lugar correcto. Describo este momento porque si yo sentí miedo por no conocer las reglas, por mi bajo nivel de inglés y porque mi apariencia física como mexicana no se puede ocultar, no podría describir lo que un migrante indocumentado vive y siente cuando llega por primera a un país desconocido, con reglas muy distintas y sabiendo que por su condición migratoria -y su apariencia- debe andar siempre con mucho cuidado porque pueden encarcelarlo y expulsarlo. Al momento de la entrevista tenían entre 10 y 20 años viviendo en ese país, lo cual también influyó en su percepción sobre su estatus. Probablemente si los hubiera entrevistado cuando recién llegaron a EUA su visión sería distinta. En este momento de su vida, al escuchar sus relatos daba la impresión de que ya habían aceptado su condición de IMI pues como dijo Geo “ya me acostumbré”, y optaron por “adaptarse” siguiendo las reglas -y evitando romperlas-, tratando de aprender inglés en algunos casos, ahorrando lo más posible por si en algún momento tienen que regresar voluntariamente o no a México.

Ante este contexto social y político, desde la percepción de los informantes clave, los migrantes mexicanos indocumentados tienen como preocupaciones que afectan su salud mental dos temas significativos: la separación de sus familias y el miedo y dificultades que tienen por su condición de indocumentados en EUA, destacando el malestar emocional generado al conducir sin licencia por el miedo a ser detenidos y deportados.

Los malestares emocionales relacionados con estos factores estresantes fueron: evitación social, autocontrol, tristeza, soledad, desesperanza, impotencia, enojo, miedo, temor, estrés, insomnio, preocupación, coraje e ira. Dichos malestares los atribuyen principalmente a cuestiones relacionadas con su estatus migratorio como enfrentarse a una posible deportación, las redadas, racismo, discriminación, la vida rutinaria y estar lejos de la familia de origen. Otras fuentes relacionadas con la vida cotidiana fueron: sobrecarga por la crianza, problemas con sus relaciones

de pareja y dificultades económicas. Las estrategias utilizadas para afrontar dichos malestares fueron: actividades de relajación, estrategias espirituales o religiosas, automedicación, uso de remedios caseros y redes sociales de apoyo.

La mayoría de las prácticas que utilizan están relacionadas con los malestares relacionados a su vez con su condición de migrantes indocumentados. No estoy tratando de evaluar si son las mejores prácticas o qué tan útiles les son; en ocasiones son las que pueden utilizar por las diversas barreras que tienen para acceder a los servicios formales, que van desde que no consideran necesario pedir ayuda por estar tristes o porque quieren evitar sufrir discriminación. Por ser migrantes, y para evitar problemas con la policía deciden “aguantarse” y no reaccionar como quisieran. Es preferible llorar, no salir de casa, no ver las noticias, orar, rezar, para no sentir el estrés que les causa manejar y exponerse a ser detenidos o encomendarse a Dios porque no pueden dejar de manejar para ir a trabajar. Es así como este “aguante” no se muestra como una estrategia auto-victimizadora, sino como una manera de hacer frente a una situación que es inmodificable.

Ante la soledad y la desesperanza buscan distraerse optando por contactar con sus redes sociales cercanas, organizando reuniones, partidos de futbol los domingos, con llamadas telefónicas a sus familiares en México. Los remedios caseros también son utilizados, aunque fueron menos reportados, y destaca sobre todo la automedicación para malestares físicos; si tienen gripe, algún resfriado, dolor de cabeza o creen que necesitan vitaminas para rendir en el trabajo porque sus jornadas son muy largas van a las tiendas a conseguir esos medicamentos que son de libre venta, igual que pasa en México y evitan ir a pagar un servicio médico caro que ante ese tipo de malestar no creen necesitar.

Después de conocer todas estas experiencias, es que me surgió la pregunta: ¿Qué lleva a los IMI a seguir viviendo en EUA si su día a día está determinado por su estatus migratorio que se vuelve una condición de vida de constante tensión que repercute en su salud mental? Los

participantes consideraron que vivir en dicho país les otorga una mejor condición económica y que además al tener ya varios años viviendo en ese país de alguna manera se han adaptado al modo de vida, además de que en algunos casos tuvieron sus hijos ahí. Por ello, no se imaginan con facilidad su vida de retorno en México. No obstante, algo que la mayoría indicó fue el deseo de viajar a México a visitar a sus padres y familiares con la posibilidad de regresar a EUA.

*“[Lo que me gusta de vivir aquí] ...todo... (risas)...Se acostumbra uno, hay gente que se va y dice yo no quiero saber nada de Estados Unidos y ahí regresa otra vez, ¿Por qué? porque no es lo mismo, aquí digamos que, ¿Quieres comprar un carrito? Te compras un carro, ¿Quieres comprarte eh, no sé, un celular bueno? Te compras un celular bueno, ¿Quieres estrenar ropa? ¡Te la compras! ¡De marca, si quieres!”*

*(Víctor).*

*“¡Ah! pues lo bonito de aquí pues es la paga, lo que uno gana lo manda a México y ya se ve la diferencia, eso es para mí lo bonito y que todo está limpio, sí, todo, todo el lugar aquí es verde, es fresco. Estando en México ahora sí que extrañaba la quincena, allá no más iba a gastar porque no tenía un trabajo como aquí, todo se iba allá, porque no tenía un trabajo, no había, solo gastar lo ahorrado.” (Alonso).*

*“Yo pienso que la comodidad, el tener un trabajo y el saber que aquí a donde quiera que vayas consigues trabajo, que no te falta comida en la casa, que no te falta el dinero y la seguridad ante todo (comparando la inseguridad por violencia social que hay en México). Siento que a pesar de lo que ha pasado últimamente (redadas), siento que sí me gusta y por eso aún sigo aquí, pienso yo (risa).” (Néstor).*

En el caso de los hombres, destacan las razones económicas, el acceso al trabajo y “comodidades” que esto les representa, como tener automóvil, casa, comida y dinero, cuestión que ellos perciben no tendrían en México o que sería más difícil conseguir. El relato de Alonso refleja esto, ya que en el mismo año él tuvo la experiencia de ir y venir de un país a otro, pudo trabajar en EU, reunir dinero y regresar a México unos meses antes de volver a obtener visa de trabajo. Él relató cómo al regresar a México no tenía trabajo y el dinero que pudo ahorrar se le acabó en poco tiempo, de ahí su decisión de optar por quedarse a vivir en EU, aunque tuviera su estatus de indocumentado. Esto muestra una de las principales motivaciones de los IMI para quedarse en EU.

Otra diferencia positiva de vivir en EU (comparada con México) mencionada por Alonso fue la limpieza de las calles, lo verde y fresco del lugar donde vive. Asimismo, algo que tiene que ver con la percepción del ambiente social es lo relatado por Néstor y que coincide con otros comentarios rescatados de la primera fase del estudio, los IMI en EU perciben inseguridad social en México, en las noticias y redes sociales es común leer o escuchar que en México el narcotráfico está en todos lados, tienen miedo de que llegando a México “los malos” piensen que traen mucho dinero y los quieran secuestrar o incluso matar.

*“Ya me acostumbré a todo (risas), hasta al frío a la nieve, a todo. Prácticamente mi vida está aquí. No me quiero morir aquí, pero uno se acostumbra, hay otras personas que están pasando situaciones más difíciles que tú, entonces haces cosas que te animan a seguir adelante y más por tus hijos. Cuando hay trabajo, yo aprovecho a lo máximo a trabajar para ahorrar y para que los niños la pasen bien. Sí es difícil, me ha costado, me ha costado estar aquí, más cuando estaba sola, era más difícil, ahora que tengo mi familia (esposo e hijos) ya me acostumbré. Yo le pienso mucho, sí me*

*gustaría irme porque mis papás están allá y no me gustaría verlos cuando los estén enterrando, eso va a ser peor, va a ser un dolor más feo para mí, yo ahorita los quiero ver en vida, pero es bien difícil, salir y regresar. No imagino mi vida en México, pero si algún día me toca irme, me tengo que adaptar también por mis hijos, tengo que seguirlos a ellos, están chiquitos, ellos me necesitan ahorita, por eso más que nada no me he ido a México.” (Geo).*

*“[...] pues en mí caso yo quisiera estar en México, pero después uno piensa, no pues los hijos tienen que crecer, yo primero pienso en los niños y después en mí. Ellos tienen que estudiar, están chiquitos para regresar a México, no van a tener las mismas oportunidades que tienen aquí. Allá sí van a salir adelante, pero cuesta más y aquí es un poquito más fácil para ellos que son nacidos aquí, tienen más ayuda. Me gusta aquí porque hay trabajo y, si hay trabajo hay comida, una casa y tienes lo necesario. Bueno, si no trabajas no comes, pero trabajo siempre hay.” (Adela).*

Los testimonios de las mujeres reflejan añoranza por regresar a México, en el caso de Geo porque quisiera ver a sus padres, en el caso de Adela por su situación particular en EU que no cuenta con redes de apoyo y en casi toda su entrevista relata que le gustaría más estar en México. Ambas reconocen que estar en EU les representa al igual que los hombres, tener trabajo, casa y comida, pero en ellas su decisión de quedarse en EU tiene que ver más con las oportunidades que el país les da a sus hijos por nacer ahí y ser ciudadanos americanos. La entrevista de Geo muestra que ha sido difícil para ella vivir en EU, a lo largo de la conversación relató de manera cronológica diferentes momentos que le ha tocado vivir durante los 14 años que lleva viviendo ahí, lo difícil que fue ser madre soltera con dos niñas pequeñas, trabajar y conseguir quién se las cuidara. Ahora

que tiene una pareja estable, que su esposo trabaja y entre los dos se hacen cargo de los gastos de la casa y de los hijos ella se siente más apoyada. También relató que cuando era mamá soltera dos veces estuvo a punto de ser deportada (por manejar sin licencia), el tener hijos pequeños la libró de ello, ella cree que Dios la ayudó en esos momentos. Por eso su testimonio al decir que ya se acostumbró a vivir en EU es porque percibe su vida actual menos difícil que cuando llegó a EU.

Es de destacar así la resiliencia de estas mujeres y hombres que enfrentan un contexto social tan adverso. Aspecto que se hace evidente en el relato de Rita:

*“Lo que hacemos es sobrevivencia, sobrevivir al día a día porque no tenemos de otra, vamos a nuestro país y no hay de qué trabajar, aquí aunque sea mal, usted sobrevive a la rutina, pero tiene cómo sobrevivir, no le falta el trabajo para tener un techo o un plato de comida, eso es sobrevivencia, así como los animales sobreviven al ataque de otro animal, haz de cuenta que el animal este es el presidente que tenemos nosotros (Trump), entonces sobrevivimos a los ataques de él.” (Rita).*

Los migrantes indocumentados entrevistados tienen trabajo y una mejor calidad de vida económica en EU que en México, muchos ya tienen a sus parejas e hijos allá, sin embargo, su condición no es la misma que la de un migrante con visa de trabajo, de estudiante, de turista o de quien tiene residencia o incluso ciudadanía, siendo el hecho de poder salir y entrar del país para ir a ver sus familias en México lo que más les pesa.

## Discusión

Esta tesis procuró mostrar una parte de la historia de vida de siete migrantes mexicanos indocumentados que, día a día viven en un país con un contexto político marcado por su gobierno, por una estructura social-económica tanto de EU como de México que los necesita y que poco hace por voltear a verlos para que se conozcan sus aportes a la sociedad y sus necesidades para que vivan con mayor bienestar.

La mayoría de los malestares emocionales mencionados por los participantes se asociaron con la condición de ser migrante indocumentado, destacando la desconfianza y el miedo a que se descubra su estatus legal y, en consecuencia, a ser detenidos o deportados (Garcini et al., 2021; Payan, 2022). Llama la atención que se señalaran tanto acciones racistas abiertamente ofensivas, como actos de discriminación sutiles que se viven día a día -y que pueden considerarse “microagresiones raciales” (Sue et al., 2007)-, no siempre intencionales- que denigran o invalidan a personas racializadas (Majudmar & Martinez-Rammos, 2019). Por ello, son una expresión cotidiana del racismo que pueden tener un impacto importante y acumulativo en la salud emocional y mental (Lui & Quezada, 2019; Rivera 2012). Estas acciones y comentarios sutiles y aparentemente inofensivos perpetúan la discriminación y el desprecio racial, contribuyendo al mantenimiento del sistema racista en EU (Skinner-Dorkenoo et al, 2021). De hecho, la intensificación de un clima antiinmigrante ha creado un contexto en el que se permiten y toleran las microagresiones. Estas tienen que ver más específicamente con el color de piel y/o el origen étnico, es decir, con ser/parecer mexicano o “Latino”, por lo que podemos hablar de una doble carga de estrés en esta población. Al respecto, Pinedo et al. (2021) reportan en Latinos nacidos en EUA sentimientos intensos de ser perseguidos por funcionarios de inmigración y angustia emocional por temor a ser detenidos o deportados al ser percibidos como indocumentados.

En concordancia con lo reportado por Garcini y colaboradores (2021), este estudio encontró que desafortunadamente los inmigrantes indocumentados experimentan muchos malestares debido a factores estresantes crónicos y constantes como las desventajas socioeconómicas, las duras condiciones de vida, los horarios de trabajo exigentes, la doble jornada, la rutina automatizada, la estigmatización y la discriminación, a lo que se aunaron la retórica, las políticas y las acciones antiinmigrantes que aumentaron la angustia, el miedo y la desconfianza entre las comunidades indocumentadas (Garcini et al., 2021). Así pues, no solamente se señalaron hechos concretos, sino también una sensación constante de inseguridad e hipervigilancia, estando constantemente atentos a una posible redada a o ser interrogados por el ICE. A esto se aunó el sentirse abrumados e impotentes en algunos casos por la exposición negativa y los maltratos dirigidos a los mexicanos en la televisión y en las redes sociales (Pinedo et al., 2021).

Como se señaló, el trabajo de campo se realizó poco después de que Donald Trump tomara la presidencia, y finalizó días posteriores a una masacre con tintes racistas en Texas<sup>8</sup> En dicho contexto político y debido a la política migratoria, se incrementaron los operativos para localizar y deportar a los indocumentados (Carrasco, 2017; Armendares, 2018; 2019), habiéndose reportados casos de elaboración de perfiles raciales por parte de los organismos de inmigración que resultaron en que los Latinos fueran detenidos y cuestionados con respecto a su ciudadanía o estatus migratorio legal (Pinedo et al., 2021). Todo ello se acompañó de un discurso claramente anti-migrante y anti-mexicano, que a su vez influyó en los eventos de racismo hacia esta población (Garcini et al., 2021; Payan 2022).

---

<sup>8</sup> Un tiroteo masivo ocurrió en un Walmart de El Paso, Texas, Estados Unidos, el 3 de agosto de 2019, resultando en 23 personas muertas y un número similar de personas heridas. El ataque fue motivado aparentemente por odio hacia la comunidad latina e inmigrantes, siendo la mayoría de los muertos personas latinas.

Cabe recordar que los participantes de este estudio llevan entre 10 y 20 años viviendo en EUA, lo cual conduce a reflexionar sobre su calidad de vida y las herramientas de las que hacen uso para vivir en dichas condiciones. Los incidentes racistas ya habían sido experimentados por algunos participantes antes del gobierno de Trump, lo que refleja que su origen étnico y su situación de migrante irregular los pone en situaciones de vulnerabilidad independientemente del gobierno en curso. Por lo anterior, es posible plantear que estos migrantes experimentan una vulnerabilidad estructural, pues parte importante de los resultados de salud mental negativos, en este caso los malestares cotidianos, no son resultado de fallas individuales o culturales, sino que son causados por estructuras sociales, políticas y económicas (Cadenas, et al., 2021; Garcini et al., 2019), en particular, por la política de inmigración agresiva y la dura aplicación de las leyes (Payan, 2022). Por lo que es importante resaltar que las estrategias de autocontrol (como “aguantarse”) utilizadas por los participantes para afrontar el malestar emocional les ayudan a afrontar su situación como inmigrantes indocumentados, pero no a resolverla, ya que esto depende más de un complejo sistema estructural sociopolítico que de sus intenciones. Entonces, para que quede claro, estas estrategias de afrontamiento no deben considerarse necesariamente “pasivas” o asumir una posición victimizante (Abraído-Lanza et al., 2004).

Así pues, este contexto social y político determina también la dificultad para el acceso a los servicios de salud en los inmigrantes indocumentados, ya sea por las condiciones propias del sistema de salud estadounidense o por las barreras percibidas como el temor a ser detenidos en dichos servicios, debido al estatus migratorio, por desinformación, la barrera del idioma o los altos costos de los servicios, el tiempo disponible, la distancia y falta de transporte (Bledsoe, 2008; Kim et al., 2011; Rastogi et al., 2012), y las diferencias culturales en los modelos explicativos de la enfermedad (Giacco et al., 2014). En las entrevistas de este estudio se señala principalmente el costo, el no contar con seguro médico y la falta de tiempo, como factores que influyen para no

buscar dichos servicios. En la mayoría de las ocasiones los participantes no consideran la posibilidad de acercarse a estos servicios, particularmente los hombres, quienes señalan “no da tiempo” o “la vida se vive muy rápido aquí”.

Ante la pregunta, ¿Qué hacen los migrantes ante estos malestares si no buscan apoyo formal?, se ha reportado que, ante la enfermedad, los inmigrantes utilizan como principales prácticas el autotratamiento, la atención no profesional y la automedicación (Pylypa, 2001). En el caso particular de inmigrantes Latinxs, se ha señalado a la automedicación como una práctica frecuente, (Wolcott-MacCausland et al, 2020) así como el que inmigrantes latinos suelen transportar productos farmacéuticos para la automedicación desde su casa cuando viajan a los EE. UU., mientras que otros los envían a través de mensajeros o por correo, o bien los compran en tiendas Latinxs (Wolcott-MacCausland et al, 2020).

En concordancia con lo reportado, los participantes de este estudio señalaron efectivamente como práctica de autoatención la automedicación, usando medicamentos obtenidos en tiendas latinas o que son enviados desde México, lo que se ha denominado “uso transnacional de medicamentos” (González et al, 2013), una respuesta que les permite utilizar diversos recursos de autoatención para resolver algunos de sus problemas de salud (Ramírez de la Roche et al., 2013). Se mencionó con frecuencia la modalidad de envío conocido como el “raitero”, una persona que se dedica a llevar paquetería de diversa índole, entre ella, medicamentos, a petición de las personas; este servicio va de puerta en puerta, de cierto condado de EUA a cada pueblo de origen en México y viceversa.

Sin embargo, destaca que esta autoatención no va dirigida conscientemente a hacer frente a los malestares emocionales, sino más bien a los de tipo físico. Esto coincide con el único reporte de prácticas de atención alternativas que realizó una participante mujer, quien señaló recibir masajes o el uso de ventosas, pero debido a un problema físico asociado con su trabajo, limpiar

casas, y no por un malestar de tipo emocional. Payan (2022) señala al respecto que la salud física y la mental no pueden separarse, pues el estrés generado por las políticas de inmigración restrictivas se asocia con un alto grado de somatización. ¿Qué tanto el uso de medicamentos es producto de un malestar emocional que se expresa físicamente? Esta sería una pregunta importante por responder, sobre todo porque los medicamentos solicitados son principalmente analgésicos de venta libre, básicamente paracetamol.

Keller y Alishio-Caballero (2021) señalan que inmigrantes latinoamericanos en nuevos destinos, sobre todo rurales, tienen más probabilidades de ser indocumentados, menos educados, trabajar en actividades agrícolas, tener ingresos más bajos y tener menos capacidad de hablar el inglés. El que no se haya encontrado en este estudio un uso mayor de prácticas alternativas, podría responder a que los inmigrantes entrevistados viven en comunidades relativamente nuevas, en donde no parece haber la misma cohesión y sentido de comunidad que en aquellas de otros estados con alta intensidad migratoria.

Las mujeres reportaron estrés y malestar asociado a la sobrecarga de trabajo en la crianza de los hijos, lo que perciben como falta de apoyo de su pareja y no contar con el apoyo de la familia de origen. Mencionaron actividades de relajación para afrontar esta carga, mientras que “dormir” y “dejar ir la tristeza” fueron estrategias reportadas por los hombres. Al respecto, Payan (2022) reporta que, una estrategia efectiva de afrontamiento a problemas de salud mental es la distracción (como involucrarse en actividades para evitar pensar en el problema). Asimismo, como ya se mencionó, las prácticas de autoatención implican acciones “conscientes” encaminadas a disminuir el malestar, tal como el “no hacer nada” (Menéndez, 2003).

Otra estrategia mencionada por la mayoría de los participantes, sobre todo para enfrentar el miedo a manejar y a ser detenido o deportado debido a su estatus migratorio, fue encomendarse a Dios y pensar que “si va a pasar, que pase”, o “total, [si me agarran] me van a mandar a mi país, a

un lugar que conozco”. El afrontamiento religioso se refiere a actos cognitivos específicos que surgen de las creencias religiosas de las personas que enfrentan factores estresantes (Tix & Frazier, 1998). Estos son mecanismos que se consideran muy relevantes para la salud mental de los inmigrantes indocumentados, particularmente los latinos (Campbell et al., 2009; Garcini et al., 2021; Payan, 2022). Dado que muchos aspectos de la vida de estos inmigrantes se perciben como incontrolables, no sorprende que utilicen estrategias de afrontamiento emocional, como la religiosidad si no cuentan con un apoyo social cercano. Posiblemente, esto también podría estar relacionado con el informe más frecuente e importante de afrontamiento religioso en las mujeres. Así, se ha encontrado que las mujeres latinas tienden a utilizar este afrontamiento más que las no latinas (Abraído-Lanza et al., 2004) y que los hombres mexicanos (Ramos-Lira et al., 2020).

Cabe señalar que los participantes, en particular las mujeres, señalan resentir el no contar con redes de apoyo social, las que han sido señaladas como el principal factor protector de la salud mental en estas poblaciones (Garcini et al., 2021). Algunas entrevistadas mencionaron que pueden contar con sus vecinas pero que no hablan con ellas de sus problemas personales. Néstor mencionó que cuando se siente triste o nostálgico visita a un familiar, pero no para hablar de cómo se siente, sino para hablar de otras cosas y para distraerse. Todas las entrevistadas mencionaron que les gustaría tener cerca a su mamá o hermanas para que las apoyaran con el cuidado de sus hijos. El limitado apoyo familiar por la separación de la familia se ha identificado como un factor asociado con problemas con el cuidado de los hijos/as y financiero, lo que incrementa el estrés (Garcini et al., 2021). Al respecto, se ha encontrado que en general las mujeres inmigrantes mexicanas recientes experimentan más consecuencias negativas en su salud mental cuando son separadas de su familia (Arenas et al., 2021). Arenas et al. (2021) reportan que en particular estas mujeres se sienten sentirse deprimidas y/o cansadas y experimentan dolores de cabeza y dolor de cuello cuando están lejos de sus madres, más que por la separación de sus maridos y/o prole. Para los

hombres, aquellos separados de sus esposas y/o descendientes reportaron más soledad que sus contrapartes que no estaban lejos de las esposas y/o descendientes. Así pues, a pesar de que en algunos testimonios fue evidente la falta confianza en las redes de apoyo social, en otros casos el salir con amigas, hacer deporte y vivir cerca de otros migrantes de origen mexicano fueron estrategias que los participantes mencionaron como parte de alcanzar el bienestar.

Dado que los migrantes mexicanos indocumentados en esta zona no tienen una tradición migratoria de larga data como en otros estados, no se observó que existan grupos organizados por ellos o adscritos a alguna organización comunitaria, principalmente en el caso del condado perteneciente a Maryland. Es decir, al momento del estudio no se observó una agenda colectiva, como en otras entidades en las que existen comunidades de origen mexicano desde hace décadas, como en California; sin embargo, existe una capacidad de agencia individual que probablemente se transformará y conducirá a una organización.

Como era de esperar, las diferencias encontradas entre los hombres y mujeres que participaron en este estudio fueron notables, considerando los roles de género tradicionales sostenidos por los participantes, que parecen reflejar cómo afrontar situaciones difíciles y cómo enfermarse de manera relevante. Entre los aspectos a señalar están la relevancia del cuidado de los demás para las mujeres y que la estabilidad económica y laboral manifiesta la virilidad para los hombres (Burin, 1995; Ojeda García, Cuenca Velázquez & Espinosa Garduño, 2009).

Lo que hacen los migrantes indocumentados ante la opresión que ejercen las grandes estructuras de poder legitimadas por EUA es buscar las grietas o pequeños espacios en los que se pueden mover, establecen redes entre ellos y sobreviven día a día, sin que su objetivo sea obtener la estancia legal. Así pues, las estrategias reportadas funcionan como “curita”, es decir, como un remedio temporal (Sangaramoorthy, 2018) ya que no se están abordando las necesidades más amplias a más largo plazo (Redfield, 2017). En este sentido, la noción de autoatención constituye

un aporte central para analizar los procesos de salud-enfermedad, en la medida en que nombra y analiza una diversidad de prácticas de atención de los padecimientos realizadas en el seno de los hogares que son ignoradas y/o negadas por el sistema sanitario.

Como limitaciones del estudio, cabe señalar que este se enfocó en un grupo de mexicanos indocumentados en una región específica de EUA, por lo cual no representan a esta población en general, ni a comunidades de migración reciente, sin embargo, este acercamiento nos da una idea de lo que viven en el día a día personas con estatus migratorio similar. El acceso a los participantes fue un ejercicio de cuidado, siempre poniendo la seguridad de ellos en el centro, para esto fue importante que la investigadora principal fuera mexicana, hablara español como lengua materna y que con sus propios recursos hiciera el acercamiento. El uso de estrategias etnográficas durante el trabajo de campo ayudó a que los participantes se sintieran en confianza durante las entrevistas. Sin embargo, algunos no profundizaban en sus relatos, especialmente los hombres al abordar temas relacionados con emociones dolorosas.

Cabe señalar otros retos que enfrenté para realizar el trabajo de campo de este estudio. Después de conseguir la aprobación del Comité de ética del INPRFM, solicité una estancia académica en la Universidad de Maryland, para ello tuve que tramitar una VISA J1, así como una VISA J2 para mi hija menor de edad, quien estuvo conmigo durante mi estancia en EUA. Los costos económicos fueron cubiertos con recursos propios. Asimismo, el trabajo de campo fue difícil por la implicación emocional, pues no fue fácil profundizar en una situación que ya me era conocida por tener familiares indocumentados viviendo en EUA. En particular tuve que hacer frente a la sensación de ser privilegiada por tener una VISA que me colocaba en una situación muy distinta a los entrevistados, para quienes la vida es muy distinta por no tener un estatus migratorio legal.

Para concluir, lo ideal sería que los migrantes que viven en EUA puedan acceder a servicios que den respuesta a sus necesidades. Giacco et al. (2014) plantean la colaboración y el intercambio

de información entre los servicios de salud mental y los servicios no médicos (organizaciones voluntarias y servicios sociales), la integración de la atención de la salud mental con la atención física y los programas familiares psicoeducativos para aumentar la búsqueda de ayuda y el compromiso con los servicios en las poblaciones inmigrantes. Asimismo, señala que las intervenciones basadas en la tecnología pueden ayudar a apoyar la traducción de información, llegar a poblaciones desatendidas y ofrecer programas psicosociales culturalmente adaptados. Al respecto, una opción para responder desde México a estas necesidades de salud mental podría ser través de la telemedicina, con personal de salud capacitado en el tema, específicamente en las características y necesidades de la población migrante indocumentada. La utilidad de la atención a distancia quedó demostrada en la reciente epidemia de COVID-19 y sería un recurso viable y accesible para los migrantes (Ohannessian, et al., 2020). De la misma forma, se podría abogar por una intervención del Estado mexicano, para, por ejemplo, ofrecer pólizas de servicios médicos a muy bajo costo, así como para reconocer y apoyar las prácticas que son útiles para los inmigrantes y construir con esta comunidad estrategias que abonen a una mejor salud mental.

Desde México se han realizado investigaciones sobre el malestar emocional (Berenzon, et al., 2009; Berenzon, et al., 2014), estudios en comunidad (Mora-Ríos et al., 2003; Mora-Ríos, 2004) y en migrantes deportados (Natera, 2014; Aguilera, 2019; Berenzon et al., 2023; Galván et al., 2023). La contribución principal de este estudio fue ampliar el conocimiento de las necesidades en salud mental de los IMI desde la perspectiva de quienes las experimentan y las resuelven, es decir, a partir del saber común y no únicamente desde la mirada de la academia. Por ello, es necesario desarrollar una mejor comprensión de los efectos en el corto y largo plazo de los factores estresantes antes mencionados en el bienestar, incluida la identificación de factores de protección que puedan mejorar sus consecuencias negativas para la salud de los IMI que viven en EUA. Esta información es esencial para orientar las intervenciones culturales y contextuales. Es importante

también destacar el efecto compuesto que los factores estresantes pueden tener en la salud mental cuando se experimentan simultáneamente y en circunstancias difíciles como es el clima antiinmigrante de los EU (Brooks, 2020). Por ello, se necesitan estudios futuros para ayudar a documentar el efecto de múltiples factores estresantes en la salud mental dentro del contexto sociopolítico y de salud actuales y posteriores, ya que, aunque la administración cambie la política migratoria que afecta a los inmigrantes indocumentados sigue sin cambios de fondo. Así, Biden inició su administración con altas expectativas hacia las reformas migratorias, buscaba revertir lo propuesto por su antecesor. Ha tenido algunos avances, por ejemplo, ha frenado la construcción del muro, ha limitado la deportación de migrantes en el interior; ha finalizado las redadas en los lugares de trabajo y ha intentado acelerar la reunificación familiar poniendo fin a la política de tolerancia cero, entre otros. Sin embargo, el avance no ha sido el esperado. Por un lado, los republicanos y algunos demócratas han sido muy críticos ante su postura, persiste la burocracia Trumpista y hay dudas de que la inmigración esté entre las prioridades de la actual administración (Vera, 2022; Gullo Maraví, 2022).

La naturaleza cualitativa de este estudio permitió una exploración profunda de los factores estresantes relacionados con la migración que contribuyen a una comprensión matizada de cómo los mecanismos estructurales y sociales relacionados con la migración pueden afectar la salud mental. Los hallazgos contribuyen al avance teórico de la migración como un determinante social de la salud al enfatizar que los factores estresantes relacionados con la migración deben considerarse al abordar la salud, especialmente la salud mental, independientemente de su ciudadanía o estado migratorio.

Desde la psicología, ha sido principalmente la psicología clínica y de la salud las que más han abordado el malestar emocional y las prácticas de autoatención (sobre todo desde el coping).

Entre las teorías más utilizadas destaca la del estrés, que postula que los indocumentados en Estados Unidos pueden experimentar altos niveles de estrés debido a factores como la incertidumbre sobre su estatus migratorio, el miedo a la deportación, la discriminación y la falta de acceso a servicios básicos. También la de la resiliencia que se refiere a la capacidad de las personas para afrontar y superar adversidades y situaciones estresantes, o la del trauma, que plantea que muchos indocumentados en Estados Unidos pueden haber experimentado traumas previos en sus países de origen, como violencia, persecución o desplazamiento forzado. Estos eventos traumáticos pueden tener un impacto significativo en su bienestar emocional y pueden llevar a la aparición de trastornos de estrés postraumático u otros problemas de salud mental.

Entre las teorías desde la psicología social que han investigado la discriminación percibida como factor de estrés social tanto para los hispanos documentados y no documentados en Estados Unidos en relación con la depresión y el estrés aculturativo se encuentra la teoría de la identidad social de Tajfel y Turner, 1979, que ha sido abordada por autores como Cobb et al (2019).

Por último, como estudiante de un posgrado en salud mental pública, mi posicionamiento no es particularmente como psicóloga, sino que mi mirada ha abarcado propuestas de la psiquiatría, la epidemiológica, el trabajo social y en particular la de la antropología médica. Esta última se centra en comprender y analizar las dimensiones socioculturales de la salud y la enfermedad, es decir, las creencias, prácticas y estructuras sociales que influyen en la salud de las personas y las comunidades, en este caso los IMI. Todo ello es muy valioso para el desarrollo de estrategias y programas de salud pública pues permite identificar las barreras culturales y sociales que limitan el acceso a la atención médica y la adherencia a los tratamientos, y adaptar las intervenciones de salud pública a las necesidades y contextos específicos. Fue de especial interés para esta tesis la aportación de la antropología médica en la contribución al diseño de políticas y programas de salud culturalmente sensibles y respetuosos con los valores y creencias de las comunidades.

## **Conclusiones**

Dado que mi interés principal en esta investigación fue comprender los malestares emocionales que experimentan migrantes mexicanos indocumentados, ante qué situaciones se presentan, y qué prácticas de atención utilizan para enfrentarlos en un contexto específico como en la Costa Este de EUA, donde no existe una tradición migratoria tan antigua como la de otros estados y donde, en consecuencia, la investigación es todavía más escasa, puedo decir que el objetivo de esta investigación se cumplió.

A través de las cuatro entrevistas con las informantes clave y las siete entrevistas con los inmigrantes mexicanos indocumentados pude entender lo que significa vivir en EUA con un estatus migratorio considerado irregular, pude comprender también cómo este estatus genera malestares emocionales y cómo éste determina la forma de atenderse. Una característica de esta zona de estudio es que la migración es reciente lo que influye en la poca o falta de existencia de grupos organizados por los migrantes o que estén adscritos a alguna organización comunitaria. En otras zonas como la franja fronteriza o en ciudades como Chicago o Nueva York es común que existan asociaciones que apoyen a los IMI no solo en cuestiones de búsqueda y atención de salud, sino que forman grupos de redes de apoyo social.

El haber realizado esta investigación cualitativa, utilizando estrategias etnográficas y entrevistas me permitió abordar a los participantes desde un lugar seguro y escuchando siempre sus puntos de vista y su sentir.

A partir de lo anterior, considero que esta investigación puede incidir en generar una propuesta de intervención que incluya los siguientes aspectos:

Desde la política pública utilizar los recursos existentes en México como la atención a distancia, la telemedicina y a través de las embajadas o consulados, adecuando los servicios de atención para facilitar el acceso a los IMI.

Desde la investigación poner en el centro de debate la importancia de visibilizar a la población migrante indocumentada como una población carente de atención en salud mental y con necesidades específicas.

Desde la formación de los profesionales de la salud, capacitarlos y sensibilizarlos en las características que tienen los diferentes tipos de población migrante, ya que ser migrante de tránsito, deportado o que llega al país de destino siendo indocumentado tienen necesidades de atención particulares.

Colaborar con los IMI en la formación de grupos que fomenten la cohesión social y puedan fungir como redes de apoyo social.

Identificar a los líderes comunitarios y colaborar con ellos en la priorización de las necesidades de la población. Promover la autogestión y fungir como enlace para acercar los servicios de salud a la población IMI.

Dar seguimiento a esta propuesta de intervención, monitoreando y evaluando cada uno de los procesos realizados para su constante mejora.

Para finalizar, es indispensable hacer investigaciones con un enfoque más humano, considerando la migración indocumentada como una situación real, necesaria y que dadas las condiciones políticas y sociales seguirá existiendo y, por lo cual, debe atenderse con el fin de mejorar sus condiciones de salud mental.

## Referencias

Abraído-Lanza, A. F., Vasquez, E., & Echeverría, S. E. (2004). En las manos de Dios [in God's hands]: Religious and other forms of coping among Latinos with arthritis. *Journal of consulting and clinical psychology, 72*(1), 91–102. doi: 10.1037/0022-006X.72.1.91

Achotegi, J. (2008). Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Psicopatol. salud ment.* 2008, 11, 15-25.

Agencia EFE (2020). Asamblea General Virginia aprueba licencias de conducir para indocumentados. Consultado el 08/11/2020 en: <https://www.efe.com/efe/usa/inmigracion/asamblea-general-virginia-aprueba-licencias-de-conducir-para-indocumentados/50000098-4171616>

Aguilar-Gaxiola, S., Loera, G., Méndez, I., Sala, M., Latino Mental Health Concilio, y Nakamoto, J. (2012). Community-Defined Solutions for Latino Mental Health Care Disparities: California Reducing Disparities Project, Latino Strategic Planning Workgroup Population Report. Sacramento, Ca: UC Davis, 2012.

Aguilar-Gaxiola, S., Medina-Mora, M.E., Vasile, E., Reyes-Becerra, C., Corzo E. & Loera, G. (2020). Making Visible the Invisible: The Short-and Long-Term Impact on the Mental Health of Migrants and Asylum Seekers. In: Border Humanitarian Health Initiative (BHII) California Health Care Foundation

Aguilera, RM. (2019). Migrantes deportados: subjetividad y biopoder en la presidencia de Obama. Una mirada desde las comunidades rurales de origen y retorno en México. (tesis doctoral). México, DF: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Alarcón, R., Cruz, R., Díaz-Bautista, A., González-König, G., Izquierdo, A., Yrizar, G. & Zenteno, R. (2009). La crisis financiera en Estados Unidos y su impacto en la migración mexicana.

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-89062009000100007](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062009000100007)

Almeida, P. & Cordero, A. (2017). *Movimientos sociales en América Latina: perspectivas, tendencias y casos*. Buenos Aires: CLACSO. ISBN 978-987-722-244-9. Disponible en: [https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20170721051921/Movimientos\\_sociales.pdf](https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20170721051921/Movimientos_sociales.pdf)

Amezcuá, M. (2000). El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante. *Revista INDEX DE ENFERMERIA* (Edición digital) ISSN: 1699-5988.

Arenas, E., Yahirun, J., Teruel, G., Rubalcava, L., & Gaitán-Rossi, P. (2021). Gender, family separation, and negative emotional well-being among recent Mexican migrants. *Journal of Marriage and Family*, 83(5), 1401-1419. doi: 10.1111/jomf.12776

Arganis, E.N. (2005). La autoatención en un grupo de ancianos con diabetes residentes en Iztapalapa D.F. *Cuicuilco*, vol. 12, núm. 33, pp. 11-25.

Armendares, P. (2018). *La política migratoria de Trump. Impactos para los migrantes mexicanos y sus comunidades*. Primera Edición. Instituto Belisario Domínguez. Senado de la República.

Retrieved from [http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4050/Cuaderno%20Pol%20Migra%20Trump%20FINAL\\_screen%20090718.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4050/Cuaderno%20Pol%20Migra%20Trump%20FINAL_screen%20090718.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Armendares, P. E., & Moreno-Brid, J. C. (2019). La política migratoria de Trump: antecedentes y consecuencias para los migrantes mexicanos y sus comunidades. *México y la cuenca del pacífico*, 8(22), 9-31. doi: 10.32870/mycp.v8i22.606

Asnaani, A., Majeed, I., Kaur, K., & Gutierrez Chavez, M. (2021). Diversity and Cultural Perspectives. In *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. Elsevier. doi:10.1016/b978-0-12-818697-8.00081-9

Ayón, C. (2017). Vivimos en jaula de oro: The impact of state level legislation on immigrant Latino families. *Journal of Immigration and Refugee Studies*, 16(4), 351-371. <http://dx.doi.org/10.1080/15562948.2017.1306151>

Barragán-Solís, A. (2006). La práctica de la autoatención por fitoterapia en un grupo de familias mexicanas. *Archivos en Medicina Familiar*. Vol.8 (3) 155-162.

Barrera, I. (2008). An Ecological Systems Theory Approach in Looking at Mental Health Care Barriers in the Latino Community. Thesis. University of Texas at Arlington. School of Social Work

Barrio, C., & Yamada, A. M. (2010). Culturally based intervention development: The case of Latino families dealing with schizophrenia. *Research on Social Work Practice*, 20, 483–492. <https://doi.org/10.1177/1049731510361613>

Benavides, M. O., & Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(1), 118-124. Retrieved from <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80628403009>

Berenzon S, Galván J, Saavedra N, Bernal P, Mellor-Crummey, Tiburcio M. (2014). Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México. Un estudio cualitativo. *Salud Mental*; 37:313-319

Berenzon S, Saavedra N, Alanís S. (2009). Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: autoatención y apoyo social. *Salud pública de México* / vol. 51, no. 6.

Berenzon, S., Saavedra, N., Bojorquez, I., Reed, G., Wainberg, M.L., Medina-Mora, M.E. (2023). Anxiety among Central American Migrants in Mexico: A Cumulative Vulnerability. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 20, 4899. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064899>

Bertullo, E. (2015). Los procesos de salud-enfermedad-atención desde la perspectiva de los usuarios de una policlínica del primer nivel de atención en Montevideo, Uruguay: Análisis de

trayectos terapéuticos. *Salud Colectiva*; 11(4):537-552. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73143274007>

Bledsoe, S. E. (2008). Barriers and promoters of mental health services utilization in a Latinx context: A literature review and recommendations from an ecosystems perspective. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 18, 151–183.  
<https://doi.org/10.1080/10911350802285870>

Brabeck K.M. (2016). Authorized and unauthorized immigrant parents: The impact of legal vulnerability on family contexts. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*; 38(1):3–30. doi:  
10.1177/0739986315621741.

Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. En *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*. (pp. 57–71). Washington: American Psychological Association. doi:10.1037/13620-004

Breslau, J., Borges, G., Tangredi, D., Saito, N., Anderson H., Kravitz R., Hinton, L., Aguilar-Gaxiola, S. & Medina Mora. M.E. (2011). Health Selection Among Migrants from Mexico to the U.S.: Childhood Predictors of Adult Physical and Mental Health. *Public Health Rep.* 126(3) 361-370. <https://doi.org/10.1177/003335491112600310>

Brick, K., Jones-Correa, M. & Singer, A. (2009). De lo Local a lo Nacional: Desafíos y Oportunidades para los Inmigrantes Latinoamericanos en el Contexto de la Capital de la Nación, traducido por Viviana A. Calandra. Reportes sobre Participación Cívica de Inmigrantes Latinoamericanos, No. 2. Washington, D.C.: Woodrow Wilson International Center for Scholars.  
<https://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/media/documents/publication/DC%20Spa.pdf>

Brooks, D. (11 de abril de 2020). Migrantes, entre las mayores víctimas del Covid-19 en EU. La Jornada. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/ultimas/mundo/2020/04/11/migrantes-entre-las-mayores-victimas-del-covid-19-en-eu-9783.html>

Brown, N. (2014). Political Participation of Women of Color: An Intersectional Analysis. *Journal of Women Politics & Policy* 35(4), 315-348. <https://doi.org/10.1080/1554477X.2014.955406>

Buckingham S.L., Suarez-Pedraza M.C. (2019). “It has cost me a lot to adapt to here”: The divergence of real acculturation from ideal acculturation impacts Latinx immigrants’ psychosocial wellbeing. *Am. J. Orthopsychiatry*; 89(4):406–419. doi: 10.1037/ort0000329.

Burin M, Moncarz E, Velázquez S. El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Buenos Aires: Paidós; 1990.

Burin, M. (1995). Subjetividad femenina y salud mental. En: Pérez, S., Ramírez, J. & Ravelo, P. (Eds.). *Género y Salud Femenina. Experiencias de Investigación en México*. México: CIESAS, Universidad de Guadalajara e Instituto Nacional de Nutrición.

Burin, P. (2010). *Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina I*. Disponible en: [http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin\\_2010\\_Preprint.pdf](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf)

Bustamante, A., Fang, H., Rizzo, JA. & Ortega, AN. (2009). Understanding observed and unobserved health care access and utilization disparities among US Latino adults. *Med Care Res Rev.* 66(5):561-77. doi: 10.1177/1077558709338487.

Cadenas, G. A., Peña, D., Minero, L. P., Rojas-Araúz, B. O., & Lynn, N. (2021). Critical agency and vocational outcome expectations as coping mechanisms among undocumented immigrant students. *Journal of Latinx Psychology*, 9(2), 92–108. doi: 10.1037/lat0000178

Caicedo, Maritza, & Van Gameren, Edwin. (2016). Unemployment and Mental Health among Mexican Immigrants and other Population Groups in the United States. *Migraciones*

internacionales, 8(4), 167-200. Recuperado en 17 de noviembre de 2017, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-89062016000200167&lng=es&tlng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062016000200167&lng=es&tlng=en).

Cámara de diputados (2000). MIGRACIÓN MEXICANA HACIA LOS ESTADOS UNIDOS. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/comisiones/pofroy/reunwash/wash3.htm>

Campbell, L. C., Andrews, N., Scipio, C., Flores, B., Feliu, M. H., & Keefe, F. J. (2009). Pain Coping in Latino Populations. *The Journal of Pain*, 10(10), 1012–1019. doi: 10.1016/j.jpain.2009.03.004

Canales Cerón M. Metodologías de la investigación social. Santiago: LOM Ediciones; 2006. p. 163-165.

Carrasco, G. (2017). La política migratoria de Donald Trump. *Revista Alegatos*, (95), 171-194. Retrieved from <http://alegatos.azc.uam.mx/index.php/ra/article/view/71/68>

Castañeda, 2012. “La violencia de la ley: la legislación migratoria y el proceso de deportación”. En: París Pombo, María Dolores (coord.), *Migrantes desplazados, braceros deportados. Experiencias migratorias y prácticas políticas*, México. El Colegio de la Frontera Norte, Universidad Autónoma de Juárez, UAM-X. Págs. 297-331. Disponible en: <https://colef.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1014/538/2/Migrantes%2C%20desplazados--interiores.pdf>

Castañeda, A. & Mariscal, J. (2018). Estados Unidos: Actitud hacia la migración a nivel estatal 2010-2016 (Interactivo). En *Observatorio de Legislación y Política Migratoria*. <https://observatoriocolef.org/infograficos/estados-unidos-actitud-hacia-la-migracion-a-nivel-estatal-2010-2016-interactivo/>

Censo de Población y Vivienda (2010). Perfil sociodemográfico: Estados Unidos Mexicanos: Censo de Población y Vivienda 2010 / Instituto Nacional Estadística y Geografía. -- México. ISBN

978-607-494-531-7.

Disponible

en:

[https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil\\_socio/uem/702825047610\\_1.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/uem/702825047610_1.pdf)

Cerda, I. H., Macaranas, A. R., Liu, C. H., & Chen, J. A. (2023). Strategies for Naming and Addressing Structural Racism in Immigrant Mental Health. *American Journal of Public Health, 113*(S1), S72–S79. doi:10.2105/ajph.2022.307165

Cervantes, J. & Jiménez, D. (2022). Contracción de la población mexicana inmigrante en Estados Unidos. Notas de remesas. Foro de Remesas de América Latina y el Caribe del CEMLA. Consultado en: <https://www.cemla.org/foroderemesas/notas/2022-12-notas-de-remesas.pdf>

Chaves, C. R. (2005). La categorización un aspecto crucial en la investigación cualitativa. *Revista de investigaciones Cesmag, 11*(11), 113-118. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/355197283\\_LA\\_CATEGORIZACION\\_UN\\_ASPECTO\\_CRUCIAL\\_EN\\_LA\\_INVESTIGACION\\_CUALITATIVA](https://www.researchgate.net/publication/355197283_LA_CATEGORIZACION_UN_ASPECTO_CRUCIAL_EN_LA_INVESTIGACION_CUALITATIVA)

Chen, J., & Vargas-Bustamante, A. (2011). Estimating the effects of immigration status on mental health care utilizations in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health, 13*(4), 671–680. <https://doi.org/10.1007/s10903-011-9445-x>

Chin, D., Loeb, T., Zhang, M., Liu, H., Cooley-Strickland, M. & Wyatt, G. (2020). Racial/Ethnic Discrimination: Dimensions and Relation to Mental Health Symptoms in a Marginalized Urban American Population. *Am J Orthopsychiatry, 90*(5): 614–622. <https://doi.org/10.1037/ort0000481>

Clark, W.A.V (2003). Immigrants and the American dream: remaking the middle class. Primera edición. Guilford Press. <https://www.routledge.com/Immigrants-and-the-American-Dream-Remaking-the-Middle-Class/Clark/p/book/9781572308800>

Cobb, C. L., Xie, D., & Sanders, G. L. (2016). Coping styles and depression among undocumented Hispanic immigrants. *Journal of Immigrant and Minority Health, 18*, 864-870. doi:10.1007/s10903-015-0270-5

Cobb, C. L., Meca, A., Branscombe, N. R., Schwartz, S. J., Xie, D., Zea, M. C., ... & Sanders, G. L. (2019). Perceived discrimination and well-being among unauthorized Hispanic immigrants: The moderating role of ethnic/racial group identity centrality. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 25*(2), 280.

Colmex, CNDH, 2019. Migración de Retorno y Derechos Sociales: Barreras a la Integración.

CONAPO, 2005. Consejo Nacional de Población. Boletín de Migración Internacional, "Editada por la Secretaría de Gobernación a través de la Secretaría General del Consejo Nacional de Población". ISSN 2007-6371.

Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2018). Mexicanos en Estados Unidos -Datos, gráficos y mapas (Cifras 2017 y 2018). Retrieved from <https://www.gob.mx/conapo/articulos/mexicanos-en-estados-unidos-datos-graficos-y-mapas-cifras-2017-y-2018?idiom=es>

Consejo Nacional de Población. Migración y Salud. Inmigrantes mexicanas en Estados Unidos Primera edición: Octubre de 2010 ISBN: 970-628-959-3

Cortez, A.M. (2016). "BELIEFS ABOUT MENTAL HEALTH SERVICES AMONG EMERGING ADULT LATINOS". Electronic Theses, Projects, and Dissertations. Paper 312.

Crocker, R. (2015). Emotional testimonies: an ethnographic study of emotional suffering related to migration from Mexico to Arizona. *Front. Public Health*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00177>

Cross F.L. (2020). Illuminating ethnic-racial socialization among undocumented Latinx parents and its implications for adolescent psychosocial functioning. *Dev. Psychol; 56*(8):1458–1474. doi: 10.1037/dev0000826.

Del Real, Deisy. (2019). “They see us like Trash”: How Mexican Illegality Stigma Affects the Psychological Well-being of Undocumented and US-born Young Adults of Mexican Descent. 10.1108/S1057-629020190000019010.

Denzin, N., Lincoln, Y. Editors (2000). Handbook of qualitative research. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications

Derose, K.P., Escarce, J.J. & Lurie, N. (2007). Immigrants and health care: sources of vulnerability. Health Aff (Millwood). 26(5), 1258-68. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.5.1258>

Díaz, 2013 Díaz-Bravo, L, Torruco-García, U, Martínez-Hernández, M, Varela Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. Inv Ed Med 2013;2(7):162-167.

Dupree, L., Herrera, J., Martínez-Tyson, D., Jang, Y. & King-Kallimanis, B. (2010). Age Group Differences in Mental Health Care Preferences and Barriers among Latinos. *Best Practices in Mental Health*, pp. 47-59.

Ellis, J. Braswell, M., Eggleston, C. & Jones, J. (2012). ██████████ County Survey of Residents. CSR Project # 12.010

Eun, J. (2023). Factors Related to Diabetes Self-Care among Immigrants in the United States: A Scoping Review Res Community Public Health Nurs; 34(2):171-182  
<https://doi.org/10.12799/rcphn.2023.00094>.

Fernández-Esquer M.E. (2017). Living Sin Papeles: Undocumented Latino Workers Negotiating Life in “Illegality”. Hispanic Journal of Behavioral Sciences; 39(1):3–18. doi: 10.1177/0739986316679645.

Fleiz, C., Sugiyama, E., Medina-Mora, M.E. & Ramos, L. (2008). Los malestares masculinos: narraciones de un grupo de varones adultos de la ciudad de México. Salud Mental; 31(5):381-390.

Flick, U. (2015). El diseño de la investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata. Retrieved from [https://issuu.com/ediciones\\_morata/docs/flick-isuu-dise](https://issuu.com/ediciones_morata/docs/flick-isuu-dise)

██████████ County, 2020. TransIT. Consultado en:  
<https://www.██████████countymd.gov/105/TransIT>

Fundación BBVA Bancomer, Secretaría de Gobernación (2022). Anuario de migración y remesas México. Año 10, Núm. 10. Editores responsables: Carlos Serrano Herrera y Rafael López Vega.  
<https://www.bbvaresearch.com/publicaciones/mexico-anuario-de-migracion-y-remesas-2022/>

Galindo, J. (1987). Encuentro de subjetividades, objetividad descubierta. La entrevista como centro de trabajo etnográfico. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, vol. I, núm. 3, p. 151-183.  
<https://www.redalyc.org/pdf/316/31610307.pdf>

Galvan, F. H., Wohl, A. R., Carlos, J.-A., & Chen, Y.-T. (2015). Chronic Stress Among Latino Day Laborers. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 37(1), 75-89.  
<https://doi.org/10.1177/0739986314568782>

Galván, J., Casanova, L., Saavedra, N., Alanís, S. & Berenzon, S. (2023). Subjective Well-being in Mexican Return Migrants. *Journal of International Migration and Integration* (2023) 24:1067–1089. <https://doi.org/10.1007/s12134-022-00981-y>

García, A. *Illegal Lives: How Local Immigration Law Shapes Everyday Life for Undocumented Immigrants*. Thesis Doctor of Philosophy. UC San Diego Electronic Theses and Dissertations. 2015.

García, S. J. (2018). Living a deportation threat: Anticipatory stressors confronted by undocumented Mexican immigrant women. *Race and Social Problems*, 10, 221-234. doi: 10.1007/s12552-018-9244-2

Garcini, L. M., Cadenas, G., Domenech Rodríguez, M. M., Mercado, A., Campos, L., Abraham, C., ... & Paris, M. (2022). Lessons learned from undocumented Latinx immigrants: How to build

resilience and overcome distress in the face of adversity. *Psychological Services, 19*(Suppl 1), 62–71. doi: 10.1037/ser0000603

Garcini, L. M., Galvan, T., Peña, J. M., Klonoff, E. A., Parra-Medina, D., Ziauddin, K., & Fagundes, C. P. (2019). “A high price paid”: Migration-related loss and distress among undocumented Mexican immigrants. *Journal of Latinx Psychology, 7*(3), 245. doi: 10.1037/lat0000127

Garcini, L.M. (2016). Mental Health of Undocumented Mexican Immigrants Living in High-Risk Neighborhoods Near the California-Mexico Border. Dissertation proposal submitted in partial satisfaction of the Requirements for the degree Doctor of Philosophy in Clinical Psychology. San Diego State University, San Diego, USA. Retrieved from <https://escholarship.org/uc/item/4rx729wt>

Garcini, L.M., Daly, R., Chen, N., Mehl, J., Pham T., Phan, T., ... & Kothare, A. (2021). Undocumented immigrants and mental health: A systematic review of recent methodology and findings in the United States. *Journal of Migration and Health, (4)*, 100058. doi: 10.1016/j.jmh.2021.100058

Garcini, L.M., Galvan, T., Malcarne, V., Peña, J., Fagundes, C., Klonoff, E. (2017). Mental Disorders Among Undocumented Mexican Immigrants in High-Risk Neighborhoods: Prevalence, Comorbidity, and Vulnerabilities. *J Consult Clin Psychol. 2017 October ; 85*(10): 927–936. doi:10.1037/ccp0000237.

Garcini, L.M., Murray, K. E., Zhou, A., Klonoff, E. A., Myers, M. G. & Elder, J. P. (2016). Mental Health of Undocumented Immigrant Adults in the United States: A Systematic Review of Methodology and Findings, *Journal of Immigrant & Refugee Studies, 14*:1, 1-25, DOI: 10.1080/15562948.2014.998849

Giacco, D., Matanov, A., & Priebe, S. (2014). Providing mental healthcare to immigrants: current challenges and new strategies. *Current opinion in psychiatry*, 27(4), 282-288. doi: 10.1097/YCO.0000000000000065

González, E. (2018). Salud Mental: The Conceptualization and Experiences of Mental Health among Undocumented Mexican Immigrants. College of William and Mary - School of Education. <http://dx.doi.org/10.25774/w4-zddn-8947>.

González, J., y Hernández, Z. (2003). Paradigmas Emergentes Y Métodos De Investigación en el Campo de la Orientación.

González, M.L. & Martínez, A. (2022). Autoatención, creencias y salud en Avellaneda. En: Cultura, salud y gestión: saberes, actores, instituciones y discursos. Compilación de Ana Lucía Olmos Álvarez. - 1a ed. Avellaneda: Undav Ediciones. Libro digital, ISBN 978-987-3896-96-5.

González-Vázquez, T.T, Torres-Robles, C.A. & Pelcastre-Villafuerte, B.E. (2013). Utilización transnacional de servicios de salud por parte de los migrantes mexicanos en Estados Unidos. *Salud Publica Mex*; 55 (4), S477-S484. <https://scielosp.org/pdf/spm/2013.v55suppl4/s477-s484/es>

Gowin M. (2017). Needs of a Silent Minority: Mexican Transgender Asylum Seekers. *Health Promot. Pract*; 18(3):332–340. doi: 10.1177/1524839917692750.

Guasch, O. (1997). Observación participante, Madrid, Centro de Investigaciones sociológicas.

Guevara T. (2020). En Virginia celebran lograr licencias de conducir para indocumentados. Consultado el 08/11/2020 en: <http://eltiempolatino.com/news/2020/mar/10/virginia-licencias-de-conducir-indocumentados-2021/>

Gullo Maraví, M. I., & Marina, M. F. (2022). Joe Biden y su política migratoria hacia América Latina: ¿Promesas incumplidas? *Anuario en Relaciones Internacionales del IRI*, 2022.

Gutiérrez, R., & Vega, L. (2021). Self-medication with cannabidiol (CBD) and associated treatments in the self-care of anxiety in women from Mexico City: A qualitative study. *Salud Mental*, 44(6), 295-306. Doi: 10.17711/SM.0185-3325.2021.038

Haro, JA. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina/coord. Por Enrique Perdiguero Gil, Josep M. Comelles*. ISBN 84-7290-152-1, págs. 101-161

Hatzenbuehler ML, Prins SJ, Flake M, Philbin M, Frazer MS, Hagen D, Hirsch J. (2017). Immigration policies and mental health morbidity among Latinos: A state-level analysis. *Soc Sci Med*. 174:169-178. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.11.040.

Held, M.L., Nulu, S., Faulkner, M. & Gerlach, B. (2020). Climate of Fear: Provider Perceptions of Latinx Immigrant Service Utilization. *J Racial Ethn Health Disparities*, 7(5), 901-912. doi: 10.1007/s40615-020-00714-w.

Hernández, M., Rodríguez, J. A. C., Prado, C., Rodríguez, E., Pascual, C. H., Torres, M. Á. G., & Urreta, J. C. M. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 9(2), 233-257).

IDP, 2017. (Immigrant Defense Project, IDP). Consultado en: <https://www.immigrantdefenseproject.org/wp-content/uploads/2016/11/ICE-Redadas-Flyer-ESP-Jan-30-2017.pdf>

Iriart, C. (2016). El sistema de salud de los estados unidos: mitos y realidades (Parte I). *Saúde em Redes*; 2 (1): 07-21. 10.18310/2446-4813.2016v2n1p07-21

Interian, A, Ang, A, Gara, M, Link, B, Rodríguez, M & Vega, W. (2010). Stigma and Depression Treatment Utilization Among Latinos: Utility of Four Stigma Measures. *Psychiatr Serv*. 2010 April; 61(4): 373–379. doi:10.1176/appi.ps.61.4.373.

Jacobo, M.L. & Cárdenas, N. (2020). Back on your own: migración de retorno y la respuesta del gobierno federal en México. *Migraciones internacionales*. DOI: 10.33679/rmi.v1i1.1731

Jiménez-Castro, L., Raventós-Vorst, H., Escamilla, M. (2011). Substance use disorder and schizophrenia: prevalence and sociodemographic characteristics in the Latin American population. *Actas Esp Psiquiatr.* 39(2):123-30.

Keller, J. C., & Alishio-Caballero, N. (2021). Transnational health protection strategies and other health-seeking behavior among undocumented and indigenous dairy workers in a rural new immigrant destination. *Social Science & Medicine*, 284, Article 114213. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114213>

Kim, G., Aguado, C., Chiriboga, D., Jang, Y., Parmelee, P. & Allen, R. (2011). Limited English proficiency as a barrier to mental health service use: A study of Latino and Asian immigrants with psychiatric disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 104–110. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.04.031>

Kirkinis, K., Pieterse, A., Martin, C., Agliga, A. & Brownell, A. (2018). Racism, racial discrimination, and trauma: a systematic review of the social science literature. *Ethnicity & Health* 26(3), 392-412. <https://doi.org/10.1080/13557858.2018.1514453>

Kline, N. 2016. *Pathogenic Policy: Immigrant Policing, Fear, and Parallel Medical Systems in the US South*.

Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University Press, 1980.

LeBrón, A. M. W., Schulz, A. J., Gamboa, C., Reyes, A., Viruell-Fuentes, E. A., & Israel, B. A. (2018). “They Are Clipping Our Wings”: Health Implications of Restrictive Immigrant Policies for Mexican-Origin Women in a Northern Border Community. *Race and Social Problems*, 10(3), 174-192. <https://doi.org/10.1007/s12552-018-9238-0>

López, S. R. (2002). Mental health care for Latinos: A research agenda to improve the accessibility and quality of mental health care for Latinos. *Psychiatric Services*, 5J(12), 1569-1573.

██████████, County, 2020. Services. Consultado en: <https://www.██████████.gov/4322/Bus-Services>

Maya Pérez, E., Galindo Soto, J. A., & Jiménez González, M. D. J. (2019). La ira y los nervios como malestares emocionales en la conyugalidad a distancia. *Trabajo social*, 21(2), 27-51.

Lui, P. P., & Quezada, L. (2019). Associations between microaggression and adjustment outcomes: A meta-analytic and narrative review. *Psychological bulletin*, 145(1), 45.

Majumdar, D., & Martinez-Ramos, G. (2019). An examination of the association between microaggression and well-being among Latina/os of Mexican-descent in the United States. *Michigan Sociological Review*, 33, 10-24.

McAuliffe, M. & A. Triandafyllidou (eds.), (2022). Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022. Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Ginebra. Disponible en: <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2022>

Mejía, J. (2004). Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *INVESTIGACIONES SOCIALES. AÑO VIII N° 13*, pp. 277-299.

Menéndez E. (2018). L. Poder, estratificación social y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán. Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili. 1.ª edición del texto: México 1981 1.ª edición en PURV, corregida y aumentada: junio de 2018. ISBN (papel): 978-84-8424-687-9

Menéndez E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. Pág. 451- 464.

Menéndez E. L. (2012). Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 335-345. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406756997009>

Menéndez EL 1990. Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. Casa Chata-Ciesas, México.

Menéndez, 1983. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Cuadernos de la Casa Chata 86), México.

Menéndez, 1994. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, vol. 4, núm. 7, pp. 71-83. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711357008>

Menéndez, E. & Di Pardo, R. (1996). De algunos alcoholismos y algunos saberes. Colecc. M. Othon de Mendizabal, Ciesas, México.

Menéndez, E. (1992). Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención, caracteres estructurales. En: *La antropología médica en México*. Universidad Autónoma Metropolitana. México, 1ª Edición. pp 97-113

Menéndez, E. (1999). Modelo médico hegemónico y alcoholismo: psiquiatras, epidemiólogos y educadores. Ministerio de Salud, México.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, núm. 1, pp. 185-207.

Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, vol. 14, pp. 33-69.

Menéndez; E. (2020). Consecuencias, visibilizaciones y negaciones de una pandemia: los procesos de autoatención. *SALUD COLECTIVA*. 16:e3149. doi: 10.18294/sc.2020.3149

Moniz, C. & Gorin, S. (2007). *Health and Health Care Policy: A Social Work Perspective* 1st Edición. Editorial: Allyn & Bacon; ISBN-10: 0205306721

Mora-Ríos J. (2004). Una aproximación multimetodológica al estudio de las representaciones sociales de la salud mental en una comunidad urbana marginal. (tesis doctoral). México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México.

Mora, J., Flores, F., De Alba, M., Marroquín, M. (2003). Construcción social de significados acerca de la salud mental en una comunidad urbana marginal. *Salud Mental*, 26,5.

Mora, J., Ito, E. (2005). “Padecimientos emocionales, búsqueda de ayuda y expectativas de atención en una comunidad urbana marginal”, *Salud Pública de México*, 47,2: 145-154.

Morales, O. (2003). Fundamentos de la investigación documental y la monografía. Manual para la elaboración y presentación de la monografía. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes, 1-14.  
<http://www.webdelprofesor.ula.ve/odontologia/oscarula/publicaciones/articulo18.pdf>

Moreno, O., Nelson, T. & Cardemil, E. (2017). Religiosity and attitudes towards professional mental health services: analysing religious coping as a mediator among Mexican origin Latinas/os in the southwest United States. *Mental Health, Religion & Culture*, 20:7, 626-637.  
<https://doi.org/10.1080/13674676.2017.1372735>

Moreno-Altamirano L. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socio antropológica. *Salud Publica Mex* 2007;49:63-70.

Morey BN, Gee GC, Muennig P, & Hatzenbuehler ML (2018). Community-level prejudice and mortality among immigrant groups. *Social Science & Medicine*, 199, 56–66. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.04.020

Natera, G. & Miguel G. (2014). Migración de retorno: ¿Qué sucede cuando las familias regresan a México con hijos ciudadanos americanos? Diferencias entre familias con padres deportados y no deportados», México, 2012, Disponible en: [http://rai.inprf.gob.mx/rai\\_29/archivos/ResumnsSocials/33- Soc-Inv.pdf](http://rai.inprf.gob.mx/rai_29/archivos/ResumnsSocials/33- Soc-Inv.pdf) Consultado 24 de octubre 2014.

Oficina de Salud de las Minorías y Disparidades de Salud Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland OSMDS (2013). *Hispanos en Maryland: información y recursos para la salud.*

Ohannessian, R., Duong, T.A. & Odone, A. (2020). Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action. *JMIR Public Health Surveill*, 6(2):e18810. <https://doi.org/10.2196/18810>

Ojeda García, A., Cuenca Velázquez, J., & Espinosa Garduño, D. I. (2009). Intimidad y roles de género: dos factores determinantes del ambiente familiar en migrantes con pareja en México y Estados Unidos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(1), 47-60. Retrieved from <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29214104>

Organización Internacional para las Migraciones OIM, 2022. PERFIL MIGRATORIO DE MÉXICO. BOLETÍN ANUAL 2022.

Organización Panamericana de la Salud, 2012. Perfil de sistemas y servicios de salud Estados Unidos de América. 1.<sup>a</sup> edición. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Estados\\_Unidos\\_America\\_2002.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Estados_Unidos_America_2002.pdf)

Orozco, 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://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-35502013000100001](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-35502013000100001)

Ortega, A. (2015). When politics trumps health: undocumented Latino immigrants and US health care. *MEDICC review*, 17, 59-59.

Osorio, R.M. (2001). Los modelos médicos y la trayectoria de atención. En *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, editado por María Osorio, pp. 21–48. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CONACULTA) – Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) – CIESAS–Instituto Nacional Indigenista (INI).

Passel, J & Cohn, D. (2019). Mexicans decline to less than half the U.S. unauthorized immigrant population for the first time. Recuperado de <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2019/06/12/us-unauthorized-immigrant-population-2017/>

Payan, T. (2022). Understanding the Nexus between Undocumented Immigration and Mental Health. *Curr Opin Psychol*, 47, Article 101414. doi: 10.1016/j.copsyc.2022.101414

Pérez, M. (2014). The barriers Latinos' have in obtaining mental health services. Master of social work. California State University, Sacramento.

Pérez-Soria, J. (2022). Racismo y vida cotidiana: experiencias de migrantes mexicanos en California. *Norteamérica*, 17(1): 191-215. doi:10.22201/cisan.24487228e.2022.1.499

Philbin, M., Flake, M., Hatzenbuehler, M. & Hirsch, J. (2018). "State-level immigration and immigrant-focused policies as drivers of Latino health disparities in the United States". *Social Science & Medicine*, Elsevier, vol. 199(C), pages 29-38. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.04.007

Phipps, R., Stivers, R., Dawson, V., & Harris, J. (2022). Thematic Analysis of Intergenerational Transmission of Trauma in Latinx Immigrant Families in the Southern US. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 44(2), 298-317. doi: 10.1007/s10447-022-09467-z

Pinedo, M., Beltrán-Girón, J., Correa, Z., & Valdez, C. (2021). A qualitative view of migration-related stressors on the mental health of Latinx Americans in the current sociopolitical climate of hostility towards migrants. *Journal of immigrant and minority health*, 23(5), 1053-1064. doi: 10.1007/s10903-021-01207-6

Portes, A., Light, D. y Fernández-Kelly, P. (2009). The U.S. Health System and Immigration: An Institutional Interpretation. *Sociol Forum*, 24(3), 87-514. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1573-7861.2009.01117.x>

Pozos-Radillo Blanca E., Aguilera-Velasco María, Acosta-Fernández Martín, Pando-Moreno Manuel (2014). Perfil de estrés y estrés crónico en migrantes mexicanos en Canadá. *Rev. salud pública*, 1, 63-75. DOI:10.15446/rsap.v16n1.35812

*Profile of the Unauthorized Population - M.D.* (2019). Migrationpolicy.org. <https://www.migrationpolicy.org/data/unauthorized-immigrant-population/state/MD>

*Profile of the Unauthorized Population - V.A.* (2019). Migrationpolicy.org. <https://www.migrationpolicy.org/data/unauthorized-immigrant-population/state/VA>

Pylypa, J. (2001). Latino immigrants: Self-medication practices in two California Mexican communities. *Journal of Immigrant Health*, 3(2), 59-75. <https://doi.org/10.1023/A:1009509815804>

Ramírez de la Roche, O.F., Hamui-Sutton, A., Fuentes-García, R. & Aguirre-Hernández, R. (2013). Prácticas de autoatención en pacientes de los tres niveles de atención en instituciones de salud de México. *Atención Familiar*, 20 (3), 91-95.

Ramos-Lira, L., Rafful, C., Flores-Celis, K., Ríos, J. M., García-Andrade, C., Gasca, M. L. R., ... & Muñoz, C. C. (2020). Emotional responses and coping strategies in adult Mexican population during the first lockdown of the COVID-19 pandemic: An exploratory study by sex. *Salud mental*, 43(6), 243-251. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2020.034

Rastogi, M., Massey-Hastings, N., & Wieling, E. (2012). Barriers to seeking mental health services in the Latino/a community: A qualitative analysis. *Journal of Systemic Therapies*, 31, 1–17. doi: 10.1521/jsyt.2012.31.4.1

Read-Wahidi, M.R. & DeCaro, J.A. (2017). Guadalupan Devotion as a Moderator of Psychosocial Stress among Mexican Immigrants in the Rural Southern United States. *Med Anthropol Q.*, 31(4), 572-591. <https://doi.org/10.1111/maq.12372>

Redfield, P. (2017). "On Band-Aids and Magic Bullets." *Limn* 9, Little Development Devices/Humanitarian Goods. Edited by Stephen J. Collier, Jamie Cross. Retrieved from <https://limn.it/articles/on-band-aids-and-magic-bullets/>

Reyes Miranda, A., Felt, E., Bermudez Lobera, J., Schenker, M., Wallace, S. & Castañeda Camey, X. (2015). Migración y Salud. Perfil de los latinoamericanos en Estados Unidos. Secretaría de Gobernación, Consejo Nacional de Población. Retrieved from <https://www.gob.mx/conapo/articulos/migracion-y-salud-perfil-de-los-migrantes-latinoamericanos-en-estados-unidos-25736>

Rios Casas, F., Ryan, D., Perez, G., Maurer, S., Tran, A. N., Rao, D., & Ornelas, I. J. (2020). "Se vale llorar y se vale reír": Latina immigrants' coping strategies for maintaining mental health in the face of immigration-related stressors. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 7, 937-948. doi.org: 10.1007/s40615-020-00717-7

Rivera, D. P. (2012). Microaggressions and health outcomes for Latina/o Americans: Understanding the influences of external characteristics and psychological resources. Columbia University. TESIS.

Robledo, J. (2009). Observación participante: informantes claves y rol del investigador. *Nure Investigación*, nº 42, Septiembre – Octubre.

Robles, L. (2004). El cuidado en el hogar a los enfermos crónicos: un sistema de autoatención. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):618-625.

Rojas, D.M. (2020). Muros visibles e invisibles. La migración en las relaciones entre Estados Unidos y América Latina. *Análisis político*, 33 (100), 167-187. <https://doi.org/10.15446/anpol.v33n100.93365>

Rosales, Y. (2019). Migración indocumentada y derecho social a la salud: Una trayectoria difuminada en Estados Unidos y México [Undocumented migration and the social right to health: A

blurred trayectoria in the United States and Mexico]. *Estudios Fronterizos*, 20, e031.  
doi:<https://doi.org/10.21670/ref.1910031>

Ross J, Hua S, Perreira KM, Hanna DB, Castañeda SF, Gallo LC, Penedo FJ, Tarraf W, Hernandez R, Vega Potler N, Talavera GA, Daviglius ML, Gonzalez F 2nd, Kaplan RC, Smoller-Wassertheil S. (2019). Association between immigration status and anxiety, depression, and use of anxiolytic and antidepressant medications in the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. *Ann Epidemiol*; 37:17-23.e3. doi: 10.1016/j.annepidem.2019.07.007.

Ruiz E, Aguirre RT, Mitschke DB. (2013). What leads non-U.S.-Born Latinos to access mental health care? *Soc Work Health Care*. 52(1):1-19. doi: 10.1080/00981389.2012.733326.

Ruiz, P. (2002). Hispanic access to health/mental health services. *Psychiatric Quarterly*, 73(2), 85-91.

Salgado de Snyder, N., Diaz, P.M. & Ojeda, V. (2000). The prevalence of nervios and associated symptomatology among inhabitants of Mexican rural communities. *Cultural Medicine Psychiatry*, 24, 453-470.

Samaniego Estrada, Karina B., "Being undocumented in the United States: the impact on Mexican immigrants' mental health" (2014). *Dissertations*. 245.  
<https://digscholarship.unco.edu/dissertations/245>

Sánchez, L. M. (2019). El programa de acción diferida para los jóvenes llegados en la infancia a Estados Unidos (DACA) y su impacto en las familias migrantes mexicanas. Tesis de maestría en estudios de migración internacional. El Colegio de la Frontera Norte. Tijuana, B. C., México

Sanchez, M, Dillon, F. R. & De La Rosa, M. (2015). Impact of religious coping on the alcohol use and immigration stress of recent Latino immigrants. *Journal of Religion and Health*, 54(6), 1986–2004. doi: 10.1007/s10943-014-9883-6

Sangaramoorthy, T. (2018). “Putting Band-Aids on Things That Need Stitches”: Immigration and the Landscape of Care in Rural America. *American Anthropologist*, 120(3), 487-499. doi: 10.1111/aman.13054

Santillanes, N. (2017). El proceso de salud/ enfermedad/atención de la depresión en mujeres migrantes mexicanas que residen en la ciudad de Nueva York (tesis doctoral inédita), Ciesas, Ciudad de México.

Secretaría de Gobernación/Consejo Nacional de Población (CONAPO). Migración y Salud. Inmigrantes mexicanos en Estados Unidos Primera edición: octubre 2013 ISBN: 978-607-427-208-6

Sternberg y Barry en 2011. Transnational Mothers Crossing the Border and Bringing Their Health Care Needs.

Skinner-Dorkenoo, A. L., Sarmal, A., Andre, C. J., & Rogbeer, K. G. (2021). How microaggressions reinforce and perpetuate systemic racism in the United States. *Perspectives on Psychological Science*, 16(5), 903-925.

Sue, C., Riosmena, F. & LePree, J. (2019). The influence of social networks, social capital, and the ethnic community on the U.S. destination choices of Mexican migrant men, *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 45:13, 2468-2488, DOI: 10.1080/1369183X.2018.1447364

Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M. B., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271–286. doi: 10.1037/0003-066X.62.4.271

Sullivan, M. & Rehm, R. (2005). Mental Health of Undocumented Mexican Immigrants A Review of the Literature. *Advances in Nursing Science*, 28(3), 240–251. <https://doi.org/10.1097/00012272-200507000-00006>

Taylor, S. J., & Bodgan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Paidós, Barcelona.

Tenorio, C. & Arredondo. A. (2018). Utilización de los servicios de salud en la población migrante de Estados Unidos. *Horizonte sanitario*, 17(2), 89-94. doi: 10.19136/hs.a17n2.1919

Tix, A. P., & Frazier, P. A. (1998). The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(2), 411. doi: 10.1037/0022-006X.66.2.411

Torres, J, Wallace, S. (2013). Migration Circumstances, Psychological Distress, and Self-Rated Physical Health for Latino Immigrants in the United States. *American Journal of Public Health*. September 2013, Vol 103, No. 9 |

Valle, V. y Ortiz, C. (2015). Mexican Immigrants Access to Healthcare on the U.S.- Mexican Border. *Voices of Mexico*, 105-110.

Varsanyi, M. W., Lewis, P., Provine, D. M., & Decker, S. (2012). A Multilayered Jurisdictional Patchwork: Immigration Federalism in the United States. *Law and Policy*, 34(2), 138-158. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9930.2011.00356.x>

Vega W, Alegría M. (2001). Latino mental health and treatment in the United States. In: Aguirre-Molina M, Molina C, Zambrana R, eds. *Health Issues in the Latino Community*. New York, NY: Jossey Bass; 179–208.

Vega, W, Rodríguez, M & Ang, A. (2010). Addressing stigma of depression in Latino primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*; 32(2):182-91. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.10.008.

Velasco, S. (2005). Síndromes del malestar de las mujeres en atención primaria. *Mujeres y salud*. No. 16.

Venegas León, C., Pedrero Castillo, V., & Chepo Chepo, M. (2023). Discriminación racial y Determinantes Sociales de la salud en niños y niñas migrantes: revisión narrativa. *Revista Científica Salud Uninorte*, 39(1). doi: 10.14482/sun.39.01.610.422

Verea, M. (2022). La política migratoria de Biden a un año de su administración. *Norteamérica*, 17(1), 265-291.

Viruell-Fuentes EA, Miranda PY, Abdulrahim S. (2012). More than culture: structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Soc Sci Med.* 75(12):2099-106. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.12.037.

Weathers Park, 2010. [REDACTED], Maryland, USA. Consultado el 07/11/2020 en: [https://es.weatherspark.com/y/21076/Clima-promedio-en-\[REDACTED\]-Maryland-Estados-Unidos-durante-todo-el-a%C3%B1o](https://es.weatherspark.com/y/21076/Clima-promedio-en-[REDACTED]-Maryland-Estados-Unidos-durante-todo-el-a%C3%B1o)

Wells, K.B., Golding, J.M., Hough, R.L., Burnam, M.A., Karno, M. (1989). Acculturation and the probability of use of health services by Mexican Americans. *Health Serv Res.* 24(2):237-57.

Wolcott-MacCausland, N., Mares, T., & Baker, D. (2020). Health by mail: mail order medication practices of Latinx dairy worker households on the northern U.S. border. *Agric and Hum Values*, 37(1), 225-236. doi: 10.1007/s10460-019-09962-x

Young, M.-E. D. T., & Crookes, D. M. (2023). Dismantling Structural Racism by Advancing Immigrant Health. *American Journal of Public Health*, 113(S1), S16—S20. doi:10.2105/ajph.2022.307172

Zong, J. & Batalova, J. (2018). Mexican Immigrants in the United States. Recuperado del sitio de Internet Migration Policy Institute <https://www.migrationpolicy.org/article/mexican-immigrants-united-states>

## Apéndice 1. Guía de observación y Diario de campo

### A. Ejemplo de guía de observación

Objetivo: Conocimiento general del espacio social. Hacer contacto con posibles informantes clave.

- 1) Información básica. Obtener una descripción general sobre la zona que se está explorando/observando.
- 2) Describir el lugar de la observación. Registrar si es un espacio público, si es un lugar donde se reúnen los migrantes, si hay presencia de policías, de población americana, si se habla principalmente español.
- 3) Duración de la observación. Registrar momento del día en que se hizo.
- 4) Registrar si hubo contacto con algún posible informante.
- 5) Perfil del informante. Integrantes de la comunidad de origen latino que tengan relación con población mexicana ya sea como empleador o conocido.

### B. Criterios a seguir para el registro de las notas de campo.

Se registran las observaciones tanto exploratorias como descriptivas. Se incluyen los apuntes que el investigador hizo durante todo el día.

Las notas se registran en el diario de campo al terminar el ejercicio de observación, de preferencia el mismo día para no perder datos importantes y complementar con datos que puedan nutrir el registro.

A continuación, se enlistan los puntos más importantes a considerar:

- Registrar número de nota, fecha, hora y lugar en que se hizo la observación.
- Registrar día y hora en que se registró en el diario de campo.

- Marcar los comentarios subjetivos realizados por el investigador para no confundirlos con los datos descriptivos.
- Al final de la nota registrar las vivencias personales experimentadas por el investigador durante el día y las reflexiones finales de cada ejercicio de observación.

## **Apéndice 2. Guía de entrevista para informantes clave**

Objetivo: Conocer desde la percepción de informantes clave los principales malestares emocionales en la comunidad

¿Cuáles consideran que son los principales malestares emocionales que presenta la población hispana, principalmente la mexicana?

¿Cómo atiende la población estos malestares? Uso de recursos formales y no formales.

¿Cuáles consideran que hacen falta?

¿Ubican un grupo de población, ubicado en algún lugar geográfico específico?

¿Dónde viven los mexicanos? ¿Se concentran en un lugar específico?

### Apéndice 3. Guía de entrevistas individuales

Guía de entrevista modificada en campo

Folio: \_\_\_\_\_

Proyecto: “Prácticas de autoatención del malestar emocional en inmigrantes mexicanos  
indocumentados en estados unidos”

Nombre de la entrevistadora: Midiam Moreno López

Lugar de la entrevista: \_\_\_\_\_

Fecha (día/mes/año): \_\_\_\_\_

Hora: inició: \_\_\_\_\_ terminó: \_\_\_\_\_

#### Introducción

Hola, como ya le mencioné en el consentimiento informado, mi nombre es Midiam Moreno López, soy estudiante de Doctorado en Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) e investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, ambos ubicados en Ciudad de México. Como parte de mi formación académica estoy haciendo un estudio que tiene como objetivo: Analizar situaciones que pueden causar malestar emocional, incomodidad, tristeza, enojo, etc. a las personas. En este caso me gustaría conocer su opinión como mexicano/a que ha migrado a los EUA. También sería muy enriquecedor que me pudiera platicar sobre si visita a alguna persona, utiliza algún servicio o qué es lo que usted hace cuando tiene este tipo de sentimientos. Le recuerdo que su participación es voluntaria, puede decidir no participar o dejar de hacerlo en cualquier momento. A través de su participación se espera conocer más sobre las necesidades en salud mental expresadas desde su propio sentir y pensar. A su vez, esto servirá para un mejor diseño de investigaciones y programas dirigido a comunidades migrantes.

Sección A. Datos sociodemográficos

Sexo: Hombre ( ) Mujer ( )

Edad: \_\_\_\_

Grado escolar o último grado de estudios: \_\_\_\_\_

¿A qué se dedica? \_\_\_\_\_

*Sección 1: Historia migratoria:*

*Objetivo: Conocer el tiempo y las condiciones en que la persona ha vivido EU, así como los motivos para migrar y la composición familiar.*

¿Cuántas veces ha estado en Estados Unidos?

¿Cuántos años tenía la primera vez que llegó a Estados Unidos?

Sobre esta última vez, ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en Estados Unidos?

¿Por qué se vino para Estados Unidos?

¿Con quién vino? Etc.

¿Cuánto tiempo piensa quedarse?

¿Con quién vive? ¿Todos son familiares? Pedir edades y a que se dedican ¿De dónde son, etc.

*Sección 2: Contexto general (vida cotidiana)*

*Objetivo: indagar sobre las actividades del día a día así como las relaciones sociales y vínculos personales, familiares y laborales.*

¿Me podría compartir un poco sobre usted?,

¿Qué hace en un día normal de lunes a viernes? Y ¿en fin de semana?

Durante todo el año, épocas difíciles

¿Todo el año tiene trabajo? ¿Época invernal? ¿Toma vacaciones?

¿Con quienes convive? ¿En el trabajo/escuela? ¿En su comunidad? ¿Tiene amistades? ¿Otros familiares?

*Sección 3: Situaciones/condiciones de vida/actividades que le estresan y situaciones que le gustan/le hacen sentir bien.*

*Objetivo: Indagar las principales fuentes de preocupación de la vida cotidiana y sus efectos en la salud mental en el contexto de su experiencia como inmigrante.*

¿Qué situaciones en su vida diaria le preocupan, le hacen sentir mal, temeroso o nervioso (indagar sobre estrés, ansiedad o miedo)?

Para cada una que mencione, ¿Qué es lo que más le preocupa?

¿Esta preocupación la tiene muy seguido/todo el tiempo/no se la puede quitar de la cabeza o es poquito?

¿Le afecta de alguna manera por ejemplo para dormir, lo pone de malas, lo pone triste? (explorar)

¿Qué situaciones/actividades en su vida diaria le gusta hacer? ¿Cuáles son las que disfruta?

Para cada una que mencione, ¿Qué es lo que le hace sentir bien?

*Sección 4: Construcción del malestar*

*Objetivo: Indagar cómo se percibe el bienestar/malestar emocional.*

¿Qué es para usted bienestar/sentirse bien? ¿Cómo sabe usted que se siente bien?

¿Cómo le llama a esa sensación? ¿Qué nombre le pondría?

-A partir de su experiencia, ¿Podría contarme qué tipo de cosas hace para sentirse bien/tranquilo/relajado/contento? ¿Qué le gusta hacer?

¿Qué es para usted malestar/sentirse mal?

¿Qué es para usted malestar emocional?

¿Cómo sabe usted que se siente mal emocionalmente? / *¿Qué siente cuando se siente mal emocionalmente?* ¿Cómo le llama a esa sensación?

### *Sección 5: Principales malestares reconocidos*

*Objetivo: Conocer cuáles son los principales malestares reconocidos por los participantes, cuáles son los más frecuentes*

¿Cuáles son los principales malestares emocionales que ha experimentado?

¿Qué hace cuando se siente así?

¿Cuáles son las situaciones que producen malestar emocional a los migrantes que viven en EU?

¿Cómo se da cuenta que una persona está triste/preocupada/deprimida?

En su familia (hijos, esposo(a), hermanos, etc.) ¿Cuáles son los principales malestares que presentan y a qué cree que se deban? Pedir ejemplos

¿Qué se puede hacer, desde su punto de vista, para ayudar a los migrantes que atraviesan por situaciones similares?

Dadas las condiciones actuales respecto a la política migratoria, explorar sobre el impacto de las características del gobierno actual en la presencia de malestar emocional.

Indagar si ha escuchado de las redadas, si en su comunidad ha habido redadas, ¿Sabe de alguien que lo haya vivido? ¿Cómo se siente con esta situación? ¿Le afecta emocionalmente? ¿Cómo?

### *Sección 6. Formas de atención: percepción y experiencias*

*Objetivo: Indagar acerca de las formas de atención que utilizan los participantes para enfrentar sus malestares y cuáles consideran que hacen falta.*

- Desde las experiencias que me acaba de platicar, ¿En qué tipo de situaciones/problemas/dificultades ha buscado ayuda para sentirse mejor? (indagar sobre a quién o dónde acudió, qué hizo, porqué acudió con esa persona o servicio, si la ayuda fue útil y por qué lo considera así y si haría lo mismo para afrontar dicha(s) situación(es) en el futuro o haría algo diferente y ¿por qué?

Indagar acerca de otras estrategias de atención (desde la autoatención, redes sociales de apoyo, religión, medicinas alternativas, tradicionales, etc. compra de medicamentos y en dónde)

Indagar si haría lo mismo estando en su país de origen o si hacía esto mismo estando en su país antes de migrar a EU

¿Me podría platicar sobre qué tipo de dificultades ha tenido para conseguir ayuda buscando sentirse mejor ante alguna de las situaciones narradas que haya vivido? pedir ejemplos de ello

¿Los migrantes que viven en EU buscan o no ayuda cuando se sienten mal emocionalmente? ¿Por qué?

-Si usted necesitara buscar ayuda para algún malestar/tristeza/sentirse deprimido/ ¿Qué servicios o recursos de atención considera que hacen falta?

*Sección 7. Cierre y agradecimiento.*

¿Desea mencionar algo que considere importante que no haya dicho antes?

¿Qué es lo que más le gusta de vivir en Estados Unidos?

Y dígame, ¿cómo se siente en este momento tras la entrevista?

#### **Apéndice 4. Carta de consentimiento verbal para informantes clave**

##### **PROYECTO: “Percepción de necesidades de salud mental en población mexicana que reside en Estados Unidos<sup>9</sup>”**

Buenos/as días/tardes. Mi nombre es Midiam Moreno López, estudiante de Doctorado en Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en la Ciudad de México e investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, ambos en Ciudad de México. Le invito a participar en mi proyecto de investigación que tiene por objetivo analizar los malestares que pueden afectar la salud mental de inmigrantes mexicanos y las formas de atención que utilizan.

La información obtenida permitiría visibilizar las experiencias cotidianas de los miembros de una comunidad inmigrante mexicana, así como ampliar el conocimiento de las necesidades en salud mental expresadas desde su propio sentir y pensar.

Si acepta participar: usted y yo platicaremos durante aproximadamente 30 minutos. En la conversación pediré su opinión respecto a asuntos que pueden influir en cómo se sienten emocionalmente los mexicanos que viven en Estados Unidos y a quien recurren cuando se sienten así. El lugar y la hora para tener la conversación serán los que a usted mejor le convengan y en un espacio donde se sienta cómodo(a) para platicar.

En otros estudios hemos visto que los participantes han salido satisfechos de haber invertido su tiempo al hablar de sus pensamientos sentimientos y preocupaciones, debido a que están con una persona capacitada en un ambiente seguro y de respeto. Asimismo, con su participación se espera conocer más sobre las necesidades en salud mental que requiere la población inmigrante

---

<sup>9</sup> Nombre inicial del proyecto de investigación

mexicana. A su vez, esto servirá para un mejor diseño de investigaciones y programas dirigidos a comunidades migrantes.

Su participación es voluntaria.

El riesgo de que usted participe en esta investigación es mínimo. Si durante la conversación, alguna pregunta le hiciera sentir incómodo(a), tiene el derecho de no responder, de detener la conversación o posponerla.

Durante la conversación tomaré notas que registraré en un diario de campo, dicha información se utilizará solamente para los objetivos de la investigación; esto significa que únicamente los investigadores del proyecto tendrán acceso a la información. Una vez analizadas las conversaciones, los resultados se reportarán en la tesis doctoral, en artículos científicos y en presentaciones académicas que resulten de ésta, con un nombre inventado y elegido por usted, se evitará incluir cualquier información que permita su identificación.

Si tiene alguna pregunta, comentario o preocupación sobre el desarrollo de este proyecto, puede escribirme al correo electrónico [mmidiam@imp.edu.mx](mailto:mmidiam@imp.edu.mx) o llamar al teléfono celular 55 24 03 44 41 y con gusto resolveré cualquier duda al respecto. También podrá comunicarse al teléfono 55 41 60 51 86 con la Dra. Luciana Ramos Lira, mi tutora de Doctorado.

Si tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en un proyecto de investigación, puede contactar a la Dra. Liliana Mondragón Barrios, presidenta del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz al teléfono 55 41 60 53 33.

**Apéndice 5. Carta de consentimiento informado para migrantes residentes en Estados Unidos**

**PROYECTO: “Percepción de necesidades de salud mental en población mexicana que reside en Estados Unidos”**

Buenos/as días/tardes. Mi nombre es Midiam Moreno López, estudiante de Doctorado en Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), e investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, ambos en Ciudad de México. Le invito a participar en mi proyecto de investigación que tiene por objetivo analizar los malestares que pueden afectar la salud mental de inmigrantes mexicanos y las formas de atención que utilizan.

La información obtenida permitiría visibilizar las experiencias cotidianas de los miembros de una comunidad inmigrante mexicana, así como ampliar el conocimiento de las necesidades en salud mental expresadas desde su propio sentir y pensar.

Si acepta participar le haré una entrevista, por lo que necesitaré reunirme con usted en una o dos ocasiones, aproximadamente una hora cada una. Durante la entrevista le haré preguntas para conocer cómo se siente emocionalmente y a quién recurre cuando se siente así. El lugar y la hora para realizar la/s entrevista/s serán los que a usted mejor le convengan, en un espacio donde se sienta cómodo(a) para hablar, sin interrupciones y con privacidad. Dado que se busca analizar detalladamente lo que usted me comparta, le estoy solicitando su autorización para grabar el audio de la entrevista.

En otros estudios hemos visto que los participantes han salido satisfechos de haber invertido su tiempo al hablar de sus pensamientos, sentimientos y preocupaciones en este tipo de entrevistas, debido a que están con una persona capacitada en un ambiente seguro y de respeto. Asimismo, a través de su participación se espera conocer más sobre las necesidades de salud mental expresadas por su propia voz. A su vez, esto servirá para un mejor diseño de investigaciones y programas dirigidos a comunidades migrantes.

El riesgo de que usted participe en esta investigación es mínimo. Pero si durante la entrevista, algún tema le provocara cambios en sus emociones, le proporcionaré apoyo emocional durante o al término de esta. Asimismo, le daré la opción de recibir una sesión gratuita con un/a psicólogo/a; si quisiera continuar atendiendo con ese/a terapeuta, usted deberá acordarlo con él/ella.

Tanto la grabación como la transcripción de la entrevista se almacenarán en una computadora institucional, por un periodo de 5 años, con un código numérico y con un nombre inventado y elegido por usted, dicha información se utilizará solamente para los objetivos de la investigación; esto significa que únicamente los investigadores del proyecto tendrán acceso a la información. Una vez realizado el análisis de las entrevistas, los resultados se reportarán en la tesis doctoral, en artículos científicos y en presentaciones académicas que deriven de ésta, con el nombre elegido y se evitará incluir cualquier información que permita su identificación.

Su participación es voluntaria. Si durante su participación, alguna pregunta le hiciera sentir incómodo(a), tiene el derecho de no responder, de detener la entrevista o posponerla.

## Datos de contacto

Si tiene alguna pregunta, comentario o preocupación sobre el desarrollo de este proyecto, puede escribirme al correo electrónico [mmidiam@imp.edu.mx](mailto:mmidiam@imp.edu.mx) o llamar al teléfono celular 55 24 03 44 41 y con gusto resolveré cualquier duda al respecto. También podrá comunicarse al teléfono 55 41 60 51 86 con la Dra. Luciana Ramos Lira, mi tutora de Doctorado.

Si tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en un proyecto de investigación, puede contactar a la Dra. Liliana Mondragón Barrios, presidenta del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz al teléfono 55 41 60 53 33.

SI ACEPTA PARTICIPAR, le solicito que por favor ponga una (  $\checkmark$  ) en el cuadro de abajo que dice “Sí acepto participar” y escriba su nombre y fecha del día de hoy.

*¡MUCHAS GRACIAS DE ANTEMANO!*

SÍ ACEPTO PARTICIPAR

Respecto a la audiograbación de la entrevista, SI AUTORIZA que se grabe el audio de la entrevista le solicito que por favor ponga una ( √ ) en el cuadro de abajo que dice “Sí autorizo” y escriba su nombre y fecha del día de hoy.

SI NO AUTORIZA que se grabe el audio de la entrevista le solicito que por favor ponga una ( √ ) en el cuadro de abajo que dice “No autorizo” y escriba su nombre y fecha del día de hoy.

SÍ AUTORIZO

NO AUTORIZO

\_\_\_\_\_  
Nombre del entrevistado

Fecha de hoy (día/mes/año): \_\_\_\_\_

Nombre y firma de quien solicitó el consentimiento: \_\_\_\_\_

Midiam Moreno López

## Apéndice 6. Directorio de Instituciones

### *I. Búsqueda en internet*

1. National Alliance on Mental Illness (NAMI). [REDACTED]

Address: [REDACTED]

Phone number: [REDACTED]

Website [REDACTED]

NAMI [REDACTED] is a non-profit, all volunteer organization that provides support and education to families confronted with the issues presented by mental illness.

Family support groups lead by trained volunteers meet several times a month in locations around the county. Our leaders are all family members who are not only trained but have personal experience coping with the issues that confront families of mentally ill family members.

There are also support groups for those who are dealing with a mental illness themselves. The groups are lead by trained volunteers also dealing with mental illness. Discussions are supportive and provide insight into coping with treatment, interacting with family, caregivers and those within their social and work lives.

Nota: en su página principal de internet ([www.nami.org](http://www.nami.org)) tiene una sección en español. En esa sección, en recursos, menciona a “Compartiendo Esperanza de NAMI” que es un programa de 90 minutos que crea conciencia de la salud mental en las comunidades latinas. También tienen un folleto de 20 páginas llamado “Compartiendo Esperanza: No Hay Salud Sin Salud Mental”, está disponible en pdf. Tienen una guía de servicios de salud mental disponible en pdf, tiene 200 páginas y las últimas 20 están en español, con servicios que al parecer atienden a población hispana.

2. Mental Health Association of [REDACTED]

Address: [REDACTED]

Phone number: [REDACTED]

Website: [REDACTED]

MHA Counseling Services. A Program of the Mental Health Association of [REDACTED]

Hours: Days and evenings by appointment | Fees: Sliding scale/Medical Assistance

Area of Expertise: Outpatient treatment with most populations including mood or anxiety concerns, trauma, life changes, and behavior challenges. Handicap accessible.

Age range served: 1-4, 5-11, 12-18, 19-25, 25-64, 65+

Treatment modality: Individuals, Couples, Groups, Families

Insurance types: Medical Assistance, No Insurance / Self-Pay

They have a The Guide to Mental Health and Community Support Resources lists licensed mental health professionals, psychiatric facilities, and over 300 community support services agencies.

Nota: en la página no aparece información en español. Sí atienden población hispana

3. Way Station. [REDACTED]

Address: [REDACTED]

Phone number: [REDACTED]

Website: [REDACTED]

Way Station seeks to serve all eligible people through a strength-based Recovery Model. This is a holistic approach where a thoughtful and sensitive process is followed that includes meeting and talking with the person, thinking about his/her history, current functioning, strengths, abilities, needs, wants, desires, and preferences so that an informed decision is made regarding the best services for each person.

4. On Our Own [REDACTED]

Address: [REDACTED]

Website: [REDACTED]

On Our Own [REDACTED] is a non-profit organization that provides peer support, advocacy, education and social opportunities in [REDACTED] Maryland.

Is a statewide mental health consumer education and advocacy group that promotes equality in all aspects of society for people who receive mental health services and develops alternative, recovery-based mental health initiatives.

*II. Servicios mencionados por los informantes clave*

1. Mission of Mercy, [REDACTED]

Dos informantes mencionaron que cada 15 días llega este servicio al escenario 1, es móvil, señalaron que atienden gratuitamente y cualquier persona puede ir a atenderse por enfermedades crónicas o por servicios de laboratorio o dentales. Mencionaron como inconveniente que hay que hacer fila desde las dos de la mañana y si alcanzan ficha los atienden sino no. Busqué este servicio por internet y aparecen los siguientes datos:

Address: [REDACTED]

Phone: [REDACTED]

Servicios:

Mission of Mercy clinics are set up similar to a private primary care physician's office. We seek to provide continuity of care for our patients, not just emergency or screening services. We are fully equipped to diagnose and treat conditions ranging from acute to chronic illnesses. Like primary care physicians, Mission of Mercy doctors can provide basic care or specialty needs,

including: Cardiovascular, Respiratory, Gastrointestinal, Genitourinary, Musculoskeletal, Skin conditions, Glandular, Psychiatric, Prescription Medications.

In addition, these diagnostic services are offered on site: Temperature, Blood Pressure, Hemoglobin, Finger Stick Blood Glucose, Cholesterol and A.C., Urine Dipstick Analysis, Urine Pregnancy Tests, Fecal Occult Blood, Electrocardiogram, Oxygen Saturation, Urine Drug Screen (12-panel), Saliva Alcohol Testing.

Additional diagnostic services, including blood work, MRIs, X-rays and more, are provided at no charge to Mission of Mercy patients, via our generous community partners.

The most common chronic illnesses treated at our clinics are: Hypertension, Arthritis, Diabetes, Joint Pain/Bursitis, Tendinitis, Behavioral Health, Asthma, Psychiatric Disorders, Lung Disease, Thyroid Disorder, Chronic/Uncontrolled Pain

## 2. [REDACTED] Clínica gratuita

Una de las informantes del escenario 2 trabajaba en dicha clínica. Visité las instalaciones y se notaba la presencia de personal de origen latino y que hablaban en español. Busqué este servicio por internet y en su página está la opción de ver la información en español. Los datos que aparecen son los siguientes:

Address: [REDACTED]

Phone: [REDACTED]

Website: [REDACTED]

Acerca de nuestra clínica

La Clínica Gratuita de [REDACTED] es un centro médico preventivo de la salud. Les recomendamos a nuestros pacientes que tomen cuidado y responsabilidad de su salud. Hemos estado brindando atención primaria de salud y cuidados especializados a la comunidad de [REDACTED] por 25 años.

Nuestra misión es brindar servicios de cuidado de salud para los residentes del condado que, por sus limitaciones financieras u otras razones, no puedan recibir estos servicios de otra manera.

Servicios:

Atención Primaria (como manejo de la diabetes y salud de la mujer)

Consulta o visita si está enfermo

Prescripción de medicamentos excepto narcóticos

Los exámenes de laboratorio, pruebas, y servicios de imágenes son gratis a través de nuestros proveedores (les indicamos a nuestros(as) pacientes dónde deben ir para realizar estos exámenes).

Cuidado Especializado. Cuando sea necesario médicamente, les ayudamos a nuestros(as) pacientes a conseguir cuidado especializado, ya sea por parte de nuestros voluntarios o en otra oficina u hospital. Guiamos a nuestros pacientes en este proceso de elegibilidad para que reciban el cuidado que necesitan al menor costo posible.

Veamos si usted califica!

Usted tiene 19 años o más

Ha estado viviendo en el condado [REDACTED] por al menos 3 meses

No tiene seguro médico

No califica para Medicaid o Medicare

Cumple con nuestras pautas de ingresos

Usted es bienvenido sin importar su estado migratorio.

## **Pautas de Ingresos de 2023**

<b>Cuántas Personas en su Familia?</b>	<b>Puede ser Nuestra Paciente si Gana Menos que esto por Año</b>
1	\$43,740
2	\$59,160
3	\$74,580
4	\$90,000
5	\$105,420
6	\$120,840
7	\$136,260

Nota: En la página la información es accesible y en español. Los interesados en recibir atención pueden checar desde la página los requisitos. La informante clave visita continuamente establecimientos donde acude la población latina para informar sobre los servicios ofrecidos por la clínica o bien, dejar disponibles folletos o volantes con dicha información.