



Doctorado en Ciencias Sociales

**Procesos de salud/enfermedad/atención-prevención de mujeres y
hombres trabajadores que retornaron de Estados Unidos a partir de
la crisis de 2008 a comunidades del municipio de Tenancingo**

Tesis presentada para obtener el título de
Doctor en Ciencias Sociales

Presenta

Mtro. Giovanni Alberto Macías Suárez

Directora de tesis

Dra. Ofelia Becerril Quintana

Lectores

Dr. Eduardo Menéndez

Dr. Alejandro Goldberg

Dr. Gustavo López Castro

Dra. Ofelia Woo Morales

Zamora, Michoacán
Noviembre del 2024

Dedicatoria

*El Señor es mi fuerza y mi escudo; mi corazón
en Él confía; de Él recibo ayuda. Mi corazón
salta de alegría, y con cánticos le daré
gracias.*

(Salmo 28:7)

A mis hijos, Karyme y Mateo, la luz de mi vida.

Agradecimientos

Gracias al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) por haberme brindado la beca y la oportunidad de seguir mis estudios superiores en el momento que más lo necesitaba.

Mis más sinceros agradecimientos a todo el personal que hace parte de El Colegio de Michoacán, por su apoyo y por estar siempre atentos a cualquier solicitud. Es un honor haber sido parte de esta institución.

Al Dr. Gustavo López Castro, mi agradecimiento por su apoyo, por sus comentarios siempre tan acertados. Al Dr. Eduardo Menéndez, gracias por sus invaluable contribuciones, por las revisiones tan exhaustivas y sus aportes teórico-metodológicos. Al Dr. Alejandro Goldberg, mi más sincera gratitud por el acompañamiento, por sus aportes y consejos. A la Dra. Ofelia Woo Morales, gracias por sus comentarios y enseñanzas. De igual forma extendiendo mis mayores agradecimientos a los diferentes investigadores e investigadoras que me acompañaron durante todo este proceso de aprendizaje mediante los cursos impartidos y como lectores.

Mi más sincera gratitud a la Lic. Emigdia, quien fue fundamental en el trabajo de campo al compartirme sus conocimientos sobre la migración de Tenancingo, así como ayudarme a contactar a varios de los migrantes con los que tuve la oportunidad de charlar. Uno de ellos fue Don Erasto, a quien le tengo que agradecer su amabilidad, su disponibilidad de tiempo y deseo de colaborarme. De igual forma Azucena, que, a pesar de las dificultades de reunirnos por cuestiones laborales de parte de ella, cuando se pudo fue muy enriquecedor, donde le agradezco inmensamente la sinceridad, franqueza y confianza que me tuvo para narrarme situaciones que no a cualquier persona se le expresan.

Mil gracias también a Esteban, quien desde el primer momento me atendió de la mejor manera posible, brindándome toda su confianza. Del mismo modo, no puedo dejar de agradecerle a Norberto la amistad y haberme permitido seguir entrevistándolo, después de algunos malentendidos que no pasaron a mayores.

Mi gratitud también para Mary, que, a pesar de las diversas ocupaciones, me regaló su tiempo, pero sobre todo su confianza, lo cual no tiene valor. Del mismo modo agradezco

infinitamente a Alberto, por toda la ayuda proporcionada, hasta el punto de dejar de trabajar y recibir un pago para brindarme su tiempo y ayudarme en mi trabajo de tesis.

Quiero agradecer también a Adriana, por su tiempo, y aunque fue complicado concertar las entrevistas por sus diversas ocupaciones, siempre me atendió de la mejor manera. Igualmente, mi eterna gratitud para Micaela, por su disposición para atenderme, por las charlas tan amenas que tuvimos en compañía de un rico café y pan.

Quiero agradecer a mi esposa e hijos, por su apoyo incondicional, por su comprensión al no estar totalmente disponible para ellos en momentos en el que la tesis me absorbía gran parte del tiempo. Quiero expresar mi gratitud a mi madre, padre, hermana, abuela, sobrinos, primas y demás integrantes de mi familia en Colombia, por su acompañamiento, preocupación y amor permanente. De igual forma, mi más sincero agradecimiento a Don Roberto Jardón Herrera, por siempre tener esas palabras de apoyo y motivación para seguir adelante a pesar de las adversidades.

Resumen

El objetivo de esta investigación es analizar los problemas de salud/enfermedad y las estrategias de atención y cuidado que la población tenancinguense de retorno crea y recrea, según determinados modos de vida contruidos, durante su trayectoria migratoria. La pregunta central de investigación que guía el trabajo es ¿cómo los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención se construyen y reconstruyen según los modos de vida experimentados durante la trayectoria migratoria de la población retornada al municipio de Tenancingo a partir de 2008?

El argumento central plantea que los problemas de salud de las personas migrantes de retorno no se explican exclusivamente por las condiciones laborales y el tipo de trabajo realizado, sino por los complejos modos de vida y los itinerarios terapéuticos promovidos cotidianamente por la propia población y desplegados en sus vivencias, sus acciones y sus procesos de salud/enfermedad. Dicho análisis se hace desde la perspectiva de la antropología médica, como eje principal, así como desde el enfoque de la interseccionalidad y la mirada transnacional de la migración; adoptando una visión integral y holística por medio del enfoque relacional. Se ha utilizado una metodología mixta, en donde predomina la aproximación cualitativa y entrevistas en profundidad a un grupo de 8 migrantes retornados y/o deportados de Estados Unidos, 4 mujeres y 4 hombres, pertenecientes al municipio de Tenancingo, Estado de México. Se pone el acento en el método biográfico en torno a los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención en todas las fases migratorias.

Dentro de los hallazgos encontrados a través del itinerario terapéutico se analizan los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención contruidos y reconstruidos por los modos de vida que forman parte del trabajo y de las vivencias transnacionales de la población migrante entrevistada, mismos que se dan en las diferentes fases migratorias y que repercuten en mayor medida en sus experiencias de salud en el lugar de recepción en aquel país del Norte y al retorno a México. Se hizo evidente la diversidad de problemas de salud que padecen los migrantes, así como la diversidad de formas de atención. Sobresalen los problemas de salud emocional y mental, las múltiples violencias vividas y el impacto del COVID-19 entre las y los tenancinguenses de retorno.

Palabras clave: antropología médica, procesos de salud/enfermedad/atención-prevención, modos de vida, itinerario terapéutico, migración de retorno.

Abstract

The objective of this research is to analyze the health/illness problems and the care and attention strategies that creates and recreates the return migrants of Tenancingo, according to their ways of life during their migratory trajectory. The central research question that guides this work is how are the health/disease/care-prevention processes constructed and reconstructed according to the ways of life experienced during the migratory trajectory of the return migrants to the municipality of Tenancingo since 2008?

The central argument is that the health problems of return migrants are not explained exclusively by the working conditions and the type of work performed, because on it also influence the ways of life and therapeutic itineraries promoted daily by the population itself and deployed in their experiences, their actions, and their health/illness processes. This analysis is done from the perspective of medical anthropology, as the main axis, as well as from the approach of intersectionality and the transnational view of migration, adopting an integral and holistic vision through the relational approach. A mixed methodology was used, where the qualitative approach and in-depth interviews with a group of 8 returned and/or deported migrants from the United States, 4 women and 4 men, belonging to the municipality of Tenancingo, State of Mexico, predominated. The emphasis was placed on the biographical method regarding the health/disease/care-prevention processes in all migratory phases.

Among the findings found through the therapeutic itinerary, the health/disease/care-prevention processes constructed and reconstructed by the ways of life that are part of the work and transnational experiences of the interviewed migrant population are analyzed, which occur in the different migratory phases and have a greater impact on their health experiences in the place of reception in that northern country and upon return to Mexico. The diversity of health problems suffered by migrants became evident, as well as the diversity of forms of care. Emotional and mental health problems, the multiple forms of violence experienced, and the impact of COVID-19 stand out among Tenancingo return migrants.

Key words: medical anthropology, health/disease/care/prevention processes, lifestyles, therapeutic itinerary, return migration.

Índice general

INTRODUCCIÓN	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
JUSTIFICACIÓN Y PERTINENCIA DEL TEMA	28
APROXIMACIÓN TEÓRICA PARA EL ANÁLISIS DE LOS PSEAP EN MIGRANTES DE RETORNO.....	30
ABORDAJE Y ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS.....	32
ESTRUCTURA DE LA TESIS.....	33
CAPITULO I. MATRIZ TEÓRICO-METODOLÓGICA: ANTROPOLOGÍA MÉDICA, PERSPECTIVA TRANSNACIONAL Y ENFOQUE INTERSECCIONAL	35
INTRODUCCIÓN	36
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL: ANTROPOLOGÍA MÉDICA, TRANSNACIONALISMO E INTERSECCIONALIDAD	37
<i>Perspectiva de la Antropología Médica.....</i>	37
Abordaje Interdisciplinar	40
Supuestos Teóricos y Corrientes de Análisis.....	42
Enfoque Relacional, Antropología Médica Interpretativa y Crítica	44
Antropología Médica Crítica y Condicionantes Estructurales de la Salud.....	47
Conceptos Centrales de la Antropología Médica.....	49
<i>Modelos de Atención Médica</i>	50
<i>Hegemonía/Subalternidad</i>	52
<i>Modos de Vida</i>	52
<i>Múltiples Violencias</i>	55
<i>¿Trayectoria de la Carrera del Enfermo o Itinerario Terapéutico?</i>	58
<i>Enfoque Interseccional y PSEAP</i>	62
Perspectiva de Género.....	63
Generación Etaria.....	66
Ciclo de Vida	67
Contexto Migratorio.....	68
<i>Corriente Transnacional de la Migración y PSEAP.....</i>	69
Vertientes y Debates Teóricos Dentro de la Corriente Transnacional.....	71
Principales Conceptos de la Perspectiva Transnacional	73
<i>Migración Transnacional</i>	74
<i>Circuitos Migratorios Transnacionales</i>	74
<i>Redes Sociales Transnacionales.....</i>	75
<i>Prácticas Transnacionales</i>	75
ESTADO DE LA CUESTIÓN ACERCA DE LA SALUD DE LAS PERSONAS MIGRANTES	76
<i>Salud y Migración Internacional</i>	76
<i>Salud y Migración de Retorno</i>	84
<i>Modos de Vida Precarios y Condicionantes Estructurales de la Salud</i>	86
<i>Estudios Migratorios Abordados desde la Antropología Médica.....</i>	90
<i>Prácticas Transnacionales de Migrantes y Servicios de Salud</i>	94

METODOLOGÍA, ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN Y MÉTODOS DE ANÁLISIS.....	96
<i>Actores Entrevistados y Criterios de Selección</i>	98
<i>Método Etnográfico, Historias de Vida y Relatos Biográficos</i>	104
<i>Estrategias Metodológicas y de Trabajo de Campo en Contexto Pandémico</i>	107
<i>Métodos de Análisis de la Información</i>	108
<i>Dificultades y Limitaciones de la Investigación</i>	110
CONSIDERACIONES FINALES.....	112
 CAPÍTULO II. SALUD, TRABAJO Y VIDA TRANSNACIONAL DE MIGRANTES RETORNADOS DE ESTADOS UNIDOS A TENANCINGO	 115
INTRODUCCIÓN	116
CONTEXTO MEXIQUENSE	117
<i>Características Sociodemográficas</i>	117
Población y Empleo	119
Viviendas	123
Migración Internacional y Migración de Retorno	126
<i>Retorno</i>	128
<i>Remesas</i>	132
Cobertura, Acceso y Condiciones de Servicios de Salud	135
<i>Localidades de las Personas Migrantes Entrevistadas</i>	146
La Campana	148
Tepetzingo.....	150
San Nicolás	152
San Antonio Agua Bendita	154
La Trinidad.....	156
EL CONTEXTO ESTADOUNIDENSE	159
<i>Migración de México a Estados Unidos</i>	159
<i>Diversificación Geográfica de los Lugares de Recepción de Mexicanos</i>	162
<i>Algunas Localidades de Recepción en Estados Unidos de Tenancinguenses</i>	164
Migración Hacia Chicago, Illinois	165
Movimientos Migratorios a California	167
Migración Mexicana en Florida.....	168
Movimientos Migratorios de Mexicanos Hacia Phoenix, Arizona.....	170
<i>Alternativas de Atención de la Salud para Migrantes Indocumentados</i>	171
CONSIDERACIONES FINALES.....	176
 CAPÍTULO III. MODOS DE VIDA, TRABAJO Y PSEAP DE TENANCINGUENSES: «EL ESTILO DE VIDA QUE LLEVAS ALLÁ»	 179
INTRODUCCIÓN	180
MODOS DE VIDA COTIDIANOS E IMPACTOS EN LA SALUD/ENFERMEDAD	182
<i>Condiciones de Trabajo: «Bienvenido a América pues Desde que se Llega es a Trabajar»</i> .	182
Pluriactividad y Condiciones Laborales en Localidades de Origen.	183
Condiciones de Trabajo Durante el Trayecto Hacia el Norte	187
Pluriactividad y Condiciones Laborales en los Empleos Estadounidenses	188
Pluriactividad y Condiciones de Trabajo al Retorno a Tenancingo	194

<i>Condiciones de la Vivienda: «Es lo que Más Gracias le Doy a Dios, que Tengo Donde Vivir, que a como Vivíamos».....</i>	<i>199</i>
Condiciones de la Vivienda en Tenancingo y Afectaciones a la Salud	199
El Lugar donde Habitaron Durante el Trayecto Hacia el Vecino País	202
Ajustes en la Vivienda y la Salud en el Norte	203
Cambios en la Vivienda y la Salud al Retorno a Tenancingo.....	208
<i>Hábitos Alimenticios: «Lo que Pudiera Aventarse a la Olla para que se Hiciera Más»</i>	<i>210</i>
La Alimentación en Tenancingo Antes de Migrar y sus Efectos en la Salud.....	210
La «Comida Chatarra» Durante el Trayecto Migratorio.....	212
Hábitos Alimentarios en el Lugar de Recepción: «Mucha Coca-Cola»	212
Reacomodos de Consumo y Reorganización Alimentaria al Retorno a Tenancingo	215
<i>Vida Cotidiana en Estados Unidos: «Te Quedas en la Calle Allá si no Trabajas»</i>	<i>216</i>
El trabajo en la Vida Cotidiana.....	217
Situación Económica Durante la Permanencia en Estados Unidos	218
Eventos de Discriminación en Estados Unidos	219
<i>Tensiones Entre Trabajo y Tiempo Libre: «El descanso no Era Suficiente, pero Había que Trabajar a Fuerzas».....</i>	<i>221</i>
Organización de la Vida y Desigualdades de Género en Tenancingo Antes de Emigrar...	221
Reorganización del Tiempo y de las Relaciones en el Extranjero: Reproducción de Desigualdades de Género.....	224
Reconstruyendo Libertad, Tiempo Libre y Recreación al Retorno a Tenancingo	226
MODOS DE VIDA PARTICULARES, TRAYECTORIAS MIGRATORIAS Y CICLOS DE VIDA	
TRANSNACIONALES	227
<i>Trayectorias Migratorias: «Mi Pensamiento Siempre fue el de Hacer lo que Quería Hacer y Luego Regresarme».....</i>	<i>228</i>
Micaela. Tratando de Escapar de la Violencia Estructural en México	228
Azucena. La Violencia de Género como Causa para Emigrar.....	231
Mary. Migración Familiar e Infantil en los 90's: Piedras Negras.....	236
Adriana. Migración Femenina Previa a la Recesión Económica Estadounidense.....	238
Erasto. Reclutamiento de Migrantes Indocumentados.....	241
Norberto. El Cruce por el Cerro.....	243
Alberto. Intentos de Cruce por Tijuana y Agua Prieta Hacia Coastesville.....	245
Esteban. Problemas de Salud de su Hija, Emigración y Búsqueda de Ingresos	247
<i>Prácticas, Relaciones y Redes Transnacionales: «Puros amigos selectos»</i>	<i>251</i>
Micaela. Transnacionalismo Familiar.....	252
Azucena. Vínculos Transnacionales con el Lugar de Origen	252
Mary. Una Infancia Transnacional con Repercusiones en la Salud.....	253
Adriana. Nuevas Oportunidades de Vida por Medio de las Redes Familiares y de Amigos.....	254
Erasto. Contrato Laboral Transnacional sin Intervención de Redes Familiares y de Amigos	254
Norberto. Vínculos que se Desvanecen con la Emigración.....	256
Alberto. Lazos Transnacionales.....	256
Esteban. Preferencia por las Redes de Apoyo de Amigos que de la Familia	257

CONSIDERACIONES FINALES.....	257
CAPÍTULO IV. ITINERARIOS TERAPÉUTICOS Y PROCESOS DE ATENCIÓN Y AUTOCUIDADO DE LA SALUD DE MIGRANTES DE RETORNO	261
INTRODUCCIÓN	262
ITINERARIOS TERAPÉUTICOS: CONSTRUCCIÓN HOLÍSTICA DEL PSEAP.....	263
<i>Los PSEAP Desde las Vivencias y Percepciones de las Mujeres Migrantes.....</i>	264
«Cuando yo me Junté con mi Esposo, fue una Vida, así como Dicen de Perros».	
Vivencias e Itinerario Terapéutico de Micaela	264
<i>En Tenancingo: La Violencia Doméstica como Eje Estresor con Efectos en la Salud Femenina</i>	264
<i>Durante el Traslado: Angustia, Tensión, Nervios y Tristeza como Estresores de la Salud Física y Emocional</i>	266
<i>En Delaware: Las Enfermedades se Van Expresando y Agudizando</i>	268
<i>Al Retorno: La Nostalgia, los Estresores y el COVID-19.....</i>	271
«Yo Iba Traumadísima de la Migra y no Quería ni Salir». Vivencias e Itinerario Terapéutico de Azucena.....	273
<i>En Tenancingo: Violencia, un Estresor Permanente de las Enfermedades Femeninas</i>	273
<i>Durante el Traslado: Violación Sexual, Depresión y Miedo en el Cruce Fronterizo....</i>	276
<i>En Illinois: De la Depresión y el Abuso Sexual al Estrés Permanente por la Migra</i>	278
<i>Al Retorno a Tenancingo: Sobrellevar los Sentimientos de Estrés de sus Hijos y Enfrentar la Pandemia del COVID-19.....</i>	281
«El Estrés ha Sido el Timón de Mi Vida». Vivencias e Itinerario Terapéutico de Mary ...	284
<i>En Tepetzingo: Los Miedos y las Enfermedades de la Infancia</i>	284
<i>Durante el Traslado al Norte: La Tristeza, las Culpas y el Deber</i>	285
<i>En Carolina del Norte: Violencia Doméstica, Problemas de la Vesícula e Infecciones de Transmisión Sexual.....</i>	286
<i>Regresar a Tepetzingo: Estrés, Contagio de COVID-19 y Autocuidado</i>	291
«Tristeza, Frustración, Depresión e Inconformidad». Vivencias e Itinerario Terapéutico de Adriana.....	295
<i>En Tenancingo: Inconformidad, Remedios Caseros y Trabajo Infantil y Juvenil</i>	295
<i>Durante el Traslado: Infección en la Pierna por una Espina en el Cruce de la Frontera</i>	296
<i>En Phoenix: La Cirugía de la Vesícula y Quemaduras en el Trabajo</i>	297
<i>Al Retorno: Cambios Profundos Familiares, Permanencia del Estrés y Creencias Religiosas.....</i>	300
<i>Los PSEAP Desde las Vivencias y Percepciones de los Hombres Migrantes</i>	302
«Todo Dependió de la Alimentación y por Estar Trabajando no iba a Hacer Ejercicio».	
Vivencias e Itinerario Terapéutico de Erasto.....	302
<i>En Tenancingo: Entre la Medicina Tradicional y la Medicina Alópata</i>	302
<i>Durante el Traslado: Vivencias de Deshidratación y Cansancio</i>	304
<i>En California: Medicina Tradicional China, Señales del Cuerpo y Derrame Cerebral.....</i>	304
<i>Retorno Forzado: Recuperándose del Derrame Cerebral y Dependiendo de los Hijos.....</i>	307

«Psicológicamente me Afectó Muchísimo Llegar a un País de Pobreza». Vivencias e Itinerario Terapéutico de Norberto	308
<i>En Tepetzingo: Los Malestares de la Niñez sin Atención y Consultas Médicas</i>	
<i>Alópatas</i>	308
<i>Durante el Traslado: Consumo de Canelitas con Alcohol para Conservar la Temperatura</i>	309
<i>En Florida y Michigan: Alcoholismo y Drogadicción, Tumor y Conversión a Testigos de Jehová</i>	309
<i>Al Retorno: Cambios Conyugales, Nudos en el Cuerpo y Atención con Curanderos</i>	312
«La Ambición del Dinero no Importa el Cansancio». Vivencias e Itinerario Terapéutico de Alberto.....	315
<i>En Tepetzingo: Trabajo Agrícola y Padecimientos de la Niñez Tratados con Medicina Natural</i>	315
<i>Durante el Traslado: Pies Hinchados con Ámpulas Después de Largas Caminatas</i>	316
<i>En los Lugares de Recepción: Presión, Fatiga Laboral y Accidentes de Trabajo</i>	316
<i>Al Retorno a Tepetzingo: Alivio por Medio de Curanderos</i>	322
«Está Experiencia me Cambió mi Forma de Ser, Ya no Soy Tan Alegre». Vivencias e Itinerario Terapéutico de Esteban	327
<i>En Tepetzingo: El Pie Plano como Acompañante Permanente de Toda la Vida</i>	327
<i>Durante el Traslado: Miedos, Nervios, Cansancio y Dolores de Cabeza Constantes</i> ...	328
<i>En Delaware: Cambios en la Alimentación, Cansancio y Deshidratación</i>	330
<i>Al Retorno a Tepetzingo: La Deportación y sus Efectos en la Salud Física y Emocional</i>	331
ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y PLURALISMO MÉDICO: «CREENCIAS QUE SE HAN IDO ESPARCIENDO POR LA NECESIDAD DE ENCONTRAR LA SALUD CORPORAL, FÍSICA Y ESPIRITUAL»	333
LA PREVENCIÓN: HÁBITO PARA PREVENIR PROBLEMAS DE SALUD/ENFERMEDAD.....	334
CONSIDERACIONES FINALES.....	337
CAPÍTULO V. VIOLENCIA, COVID-19, SALUD MENTAL Y EMOCIONAL: VIEJOS Y NUEVOS PADECIMIENTOS Y PROBLEMÁTICAS QUE AFECTAN LOS PSEAP DE LA POBLACIÓN MIGRANTE.....	343
INTRODUCCIÓN	344
DESIGUALDAD SOCIAL Y VIOLENCIA ESTRUCTURAL EN EL CONTEXTO MEXICANO Y MEXIQUENSE	345
<i>Violencia de Género y Violencia Estructural en Todas las Fases Migratorias y a lo Largo de la Historia de Vida de las Mujeres y Hombres Migrantes</i>	352
Cuerpos Violentados en el Lugar de Origen.....	353
«Nos Salieron los Cholos». Vivencias Violentas Durante el Traslado Hacia Estados Unidos.....	356
Continuidad de la Violencia de Género y Violencia Estructural en el Lugar de Recepción.....	358
El Continuum de la Violencia Estructural y de Género más Allá de las Fronteras y al Retorno al Sitio de Origen	364
COVID-19 Y DESIGUALDAD SOCIAL: ENFRENTANDO LO DESCONOCIDO.....	369

<i>SARS-CoV-2 e Impacto Diferenciado por Género en la Salud de Mexicanos en Estados Unidos</i>	369
<i>Pandemia de COVID-19 y Salud en la Población Migrante de Retorno</i>	373
DESIGUALDAD, SALUD EMOCIONAL Y MENTAL: AFECTACIONES A LOS MIGRANTES EN LOS ESTADOS-NACIÓN.....	378
<i>Salud Emocional y Mental en el Proceso Migratorio</i>	378
<i>Violencias y Salud Mental y Emocional en la Población Migrante de Retorno</i>	382
<i>La Pandemia como Nuevo Detonante en la Salud Mental y Emocional: Miedo, Angustia y Depresión</i>	384
CONSIDERACIONES FINALES.....	387
CONCLUSIONES GENERALES.....	391
POTENCIALIDADES DE LA PROPUESTA TEÓRICO-METODOLÓGICA PARA ESTUDIAR LOS PSEAP	392
APORTES DE LA INVESTIGACIÓN Y PRINCIPALES RESULTADOS.....	396
PROPUESTA DE NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	411
RECOMENDACIONES PARA POLÍTICAS PÚBLICAS Y PARA UNA AGENDA POLÍTICA BINACIONAL	413
BIBLIOGRAFÍA	417
ANEXOS	451

Índice de cuadros

1. Investigaciones sobre salud, migración internacional y migración de retorno	80
2. Características de los sistemas de salud en México y en Estados Unidos	95
3. Características básicas de las mujeres migrantes entrevistadas de Tenancingo	101
4. Características básicas de los hombres migrantes entrevistados de Tenancingo	102
5. Análisis temático de modos de vida, itinerarios terapéuticos y PSEAP	109
6. División política de Tenancingo	118
7. Características económicas de Tenancingo por género, 2000-2020	122
8. Características de las viviendas, 1990-2020	125
9. Índice de intensidad migratoria, 2000-2020	129
10. Infraestructura física y de personal de salud en Tenancingo, 2020	138
11. Diez principales causas de mortalidad, H.G. de Tenancingo, 2020	139
12. Diez principales causas de morbilidad, H.G. de Tenancingo, 2020	140
13. Diez principales causas de mortalidad en Tenancingo, 2019	140
14. Diez principales causas de morbilidad en Tenancingo, 2020	141
15. Comorbilidad de los contagios de COVID-19 en Tenancingo, 2020-2021	142
16. Especificidades del itinerario terapéutico de Micaela	267
17. Especificidades del itinerario terapéutico de Azucena	277
18. Especificidades del itinerario terapéutico de Mary	289
19. Especificidades del itinerario terapéutico de Adriana	298
20. Especificidades del itinerario terapéutico de Erasto	303
21. Especificidades del itinerario terapéutico de Norberto	311
22. Especificidades del itinerario terapéutico de Alberto	318
23. Especificidades del itinerario terapéutico de Esteban	329

Índice de diagramas

1. Características sociodemográficas de la población entrevistada	22
2. Aproximación teórico-conceptual	31
3. Actores sociales y factores estructurales dentro del enfoque relacional involucrados en los PSEAP	46
4. Dimensiones del enfoque relacional de la antropología médica	47
5. Condicionantes estructurales de la salud/enfermedad	50
6. Itinerario terapéutico de los PSEAP de la población migrante de retorno	61
7. El enfoque relacional como eje de integración de los PSEAP: la antropología médica, el enfoque transnacional y la mirada interseccional	64
8. Medición de la pobreza en Tenancingo, 2010-2020	145
9. Modos de vida y antropología médica, interseccionalidad y transnacionalismo	182

Índice de gráficas

1. Población de Tenancingo por género, 1990-2020.....	119
2. Pirámide de población de Tenancingo, 2020	120
3. Estado conyugal de la población de Tenancingo por género, 2000-2020	121
4. Nivel académico de la población de Tenancingo por género, 2000-2020	124
5. Población nacida en México residente en Estados Unidos, 1994-2022.....	127
6. Eventos de devolución de México y Estado de México por género, 2015-2023.....	130
7. Viviendas de Tenancingo que reciben remesas, 2000-2020	132
8. Ingresos por remesas en Tenancingo, 2014-2023	134
9. Lugar de atención de los problemas de salud, 2010-2020	135
10. Institución a la que tienen derecho o están afiliados los tenancinguenses, 2000-2020	137
11. Tasa de homicidios en México y Estado de México, 2000 - 2022	349

Índice de mapas

1. Localización del municipio de Tenancingo	118
2. Localidades de Tenancingo de las personas entrevistadas	146
3. Lugar de origen en México y de recepción en Estados Unidos de las personas migrantes entrevistadas	147
4. Ubicación geográfica del Barrio La Campana	148
5. Ubicación geográfica de Tepetzingo	150
6. Ubicación geográfica de San Nicolás.....	152
7. Ubicación geográfica de San Antonio Agua Bendita	154
8. Ubicación geográfica de La Trinidad.....	156

Índice de imágenes

1. Diferentes formas de atención de la salud en Tenancingo	144
2. Barrio La Campana en imágenes	149
3. Tepetzingo en imágenes	151
4. San Nicolás en imágenes.....	153
5. San Antonio Agua Bendita en imágenes	155
6. La Trinidad en imágenes.....	157

Índice de figuras

1. Reflexiones teóricas en torno a los procesos de salud.....	35
2. Las verdades del sueño americano	115
3. Viviendo los modos de vida.....	179
4. Padecimientos y modos de atención	261
5. Viejos y nuevos problemas de salud	343
6. ¿Y ahora qué?	391

Índice de anexos

1. Itinerario terapéutico en la trayectoria migratoria, laboral y de vida de Micaela.....	452
2. Itinerario terapéutico en la trayectoria migratoria, laboral y de vida de Azucena	453
3. Itinerario terapéutico en la trayectoria migratoria, laboral y de vida de Mary	454
4. Itinerario terapéutico en la trayectoria migratoria, laboral y de vida de Adriana.....	455
5. Itinerario terapéutico en la trayectoria migratoria, laboral y de vida de Erasto	456
6. Itinerario terapéutico en la trayectoria migratoria, laboral y de vida de Norberto	457
7. Itinerario terapéutico en la trayectoria migratoria, laboral y de vida de Alberto.....	458
8. Itinerario terapéutico en la trayectoria migratoria, laboral y de vida de Esteban	459

Lista de acrónimos y siglas

ACA	<i>Affordable Care Act</i>
AMLO	<i>Andrés Manuel López Obrador</i>
CAPASITS	<i>Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual</i>
CASEDE	<i>Colectivo de Análisis de la Seguridad con Democracia, A.C.</i>
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CHIP	<i>Children's Health Insurance Program</i>
CNDH	<i>Comisión Nacional de los Derechos Humanos</i>
CONAPO	<i>Consejo Nacional de Población</i>
CONAPRED	<i>Consejo Nacional para la Prevención de Discriminación</i>
CONEVAL	<i>Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social</i>
COVID-19	<i>Coronavirus</i>
CPS	<i>Current Population Survey</i>
CSFMEU	<i>Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos</i>
DACA	<i>Deferred Action for Childhood Arrivals</i>
DGE	<i>Dirección General de Epidemiología</i>
EL COLEF	<i>El Colegio de la Frontera Norte</i>
ENMEDESA	<i>Encuesta a Mexicanos Desplazados y Solicitantes de Asilo</i>
ENDIREH	<i>Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares</i>
GITM	<i>Grupo Interdisciplinario en Temas Migratorios</i>
ICE	<i>U.S. Immigration and Customs Enforcement</i>
IIRAIRA	<i>Illegal Immigration Reform and Immigrant Responsibility Act</i>
IMSS	<i>Instituto Mexicano del Seguro Social</i>
IMSS-O	<i>Instituto Mexicano del Seguro Social-Oportunidades</i>
INE	<i>Instituto Nacional Electoral</i>
INEGI	<i>Instituto Nacional de Geografía y Estadística</i>
INM	<i>Instituto Nacional de Migración</i>
INMUJERES	<i>Instituto Nacional de las Mujeres</i>
IOM	<i>International Organization for Migration</i>
IPUMS	<i>Integrated Public Use Microdata Series</i>
INSABI	<i>Instituto de Salud para el Bienestar</i>
IRCA	<i>Immigration Reform and Control Act</i>
ISSEMYM	<i>Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios</i>
ISSSTE	<i>Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</i>
ITS	<i>Infecciones de Transmisión Sexual</i>
LGDS	<i>Ley General de Desarrollo Social</i>
MSF	<i>Médicos Sin Fronteras</i>
MEDICAID	<i>Seguro médico para personas de 65 años o mayores</i>
MMAS	<i>Modelo Médico Alternativo Subordinado</i>
MAAU	<i>Modelo de Atención Basado en la Autoatención</i>
MMH	<i>Modelo Médico Hegemónico</i>
NCFH	<i>National Center for Farmworker Health, Inc.</i>

NIOSH	<i>Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional</i>
OIM	<i>Organización Internacional para las Migraciones</i>
OIT	<i>Organización Internacional del Trabajo</i>
OMI	<i>Observatorio de Migración Internacional</i>
OMS	<i>Organización Mundial de la Salud</i>
ONG	<i>Organización No Gubernamental</i>
ONU	<i>Organización de las Naciones Unidas</i>
OPS	<i>Organización Panamericana de la Salud</i>
PEA	<i>Población Económicamente Activa</i>
PEMEX	<i>Petróleos Mexicanos</i>
PNUD	<i>Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo</i>
PSEA	<i>Procesos de Salud/Enfermedad/Atención</i>
PSEAP	<i>Procesos de Salud/Enfermedad/Atención-Prevención</i>
PTAT	<i>Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales</i>
REDIM	<i>Red por los Derechos de la Infancia en México</i>
SAIMEX	<i>Sistema de Acceso a la Información Mexiquense</i>
SCHIP	<i>State Children's Health Insurance Program</i>
SEDENA	<i>Secretaría de la Defensa Nacional</i>
SEGOB	<i>Secretaría de Gobernación</i>
SEMAR	<i>Secretaría de la Marina</i>
SESA	<i>Servicios Estatales de Salud</i>
SESNSP	<i>Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública</i>
SRE	<i>Secretaría de Relaciones Exteriores</i>
SS	<i>Secretaría de Seguridad</i>
SSA	<i>Secretaría de Salud</i>
UAEM	<i>Universidad Autónoma del Estado de México</i>
UCLA	<i>The University of California at Los Angeles</i>
UMS	<i>Universidad Mexiquense de Seguridad</i>
UNAM	<i>Universidad Nacional Autónoma de México</i>
UNINSTRAW	<i>United Nations International Research and Training Institute for the Advancement of Women</i>
UPM	<i>Unidad Política Migratoria</i>
VDS	<i>Ventanillas de Salud</i>
VIH-SIDA	<i>Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WOLA	<i>Washington Office on Latin America</i>

Introducción

La salud y la migración forman parte de mi proyecto de vida. Emigré un día de mi país natal, Colombia, para iniciar mis estudios de maestría. Para los migrantes, como en mi caso, el hecho de partir de su país de origen implica desprenderse, desarraigarse, partirse por dentro cuando los sueños por un mejor futuro te obligan o te motivan a dejarlo todo a cambio de una ilusión, como para mí fue continuar mi formación académica en México. Las posibilidades de acertar o de fracasar son iguales. El llanto de una madre que ve viajar a su hijo, las palabras de aliento de los amigos, en medio de la tristeza, se convierten en un recuerdo constante para todos los migrantes que llegamos a una tierra desconocida a encontrarnos con una cultura y unas costumbres diferentes.

Aquel barriecito de casas descoloridas en donde aprendí a correr y a leer, esa callecita, que guarda infinidad de secretos, no se borran del cassette de mi memoria porque los recuerdos del alma son más fuertes que la presión amontonada en millas y millas de distancia. Cuando en 2002 aterricé en estas tierras mexicanas, desconocidas para mí, se abrieron a mis pies como un paraíso de oportunidades. Cuando estudié la maestría en El Colegio de la Frontera Norte, me encontré con seres humanos que me entregaron su confianza y su amistad, como dándome a guardar su secreto sagrado. Entonces me di cuenta de que valía la pena haber dejado todo en aquel rincón del planeta, porque, sencillamente, «mi verdadero todo» me estaba esperando aquí, en otro lado del mundo. Como lo dice el escritor Paulo Coelho (1987): «El barco está más seguro cuando está en el puerto; pero no es para eso que se construyeron los barcos».

Aprendí a adaptarme a la nueva dinámica de vida en México. El país que me recibió se fue insertando positivamente en mi persona y en mi corazón. Es fácil amar todo aquello que te acoge con bondad, aunque al principio sea difícil. Sin embargo, la patria es como una madre que no puede olvidarse, aunque haya quién te adopte por el mundo. La sensibilidad del ser humano hace imposible no detenerse ante un titular de noticias que habla de tu país de origen. Es imposible no llorar ante una catástrofe o un acto terrorista, que afecta a tu madre, a tu patria, al pedazo de tierra que, inexplicablemente, se aferró a tu nombre, a tu vida, a tu ser desde niño.

Es difícil de comprender que veintidós años después de mi emigración de Colombia, que transformó mi vida, y ya con una historia de vida escrita a pulso en tierras mexicanas, los recuerdos de mi país de origen todavía se pasean por mi cabeza con nostalgia y melancolía. Es más difícil descifrar las contradicciones del pensamiento humano porque, cuando he podido viajar al lugar en el que algún día dejé a mi madre y a mi padre, he sentido en algunas ocasiones, que soy ajeno, que ya no le pertenezco a aquellas tierras en las que me he sentido como un forastero y que algo más fuerte que la conciencia me ata a este lugar donde, con mi esposa y con mis hijos, he tatuado en el alma mi verdadera historia personal y mi propia salud física y emocional.

La migración es, entonces, un acto que trasciende y transforma la vida de las personas que la protagonizan. Se trata de una experiencia que desencadena innumerables situaciones dramáticas, en algunos casos, y con efectos colaterales, tanto en el lugar de origen como en el sitio de recepción.

Por eso, es importante señalar que la temática que se desarrolla en esta tesis responde a los aprendizajes obtenidos durante mi proceso de formación académica (licenciatura en Gerencia de Sistemas de Información en Salud y maestría en Demografía con énfasis en la salud y migración), así como a la investigación en materia de salud que he realizado con población migrante retornada de Estados Unidos a México, destacando la importancia de la *salud y su relación con el fenómeno migratorio* (Macías Suárez, 2004).

A pesar de mi formación académica previa, realizar el Doctorado en Ciencias Sociales ha sido una experiencia desafiante porque me implicó separarme de los enfoques metodológicos cuantitativos, para profundizar en la comprensión del tema a partir de la propia voz de las personas migrantes, de su sentir y experiencias vividas, con la finalidad de profundizar en los significados que las personas migrantes otorgan a la problemática estudiada. Salir de mi zona de confort me permitió desarrollar otros aprendizajes y habilidades, como, por ejemplo, realizar trabajo de campo durante la contingencia sanitaria por COVID-19, así como entrevistar a mujeres migrantes y enriquecer esta investigación con la incorporación de un análisis diferenciado por género.

Como podrá leerse más adelante, la diada salud y migración de retorno es un tema de discusión vigente y de pertinencia social, particularmente ante las dinámicas de continuidad

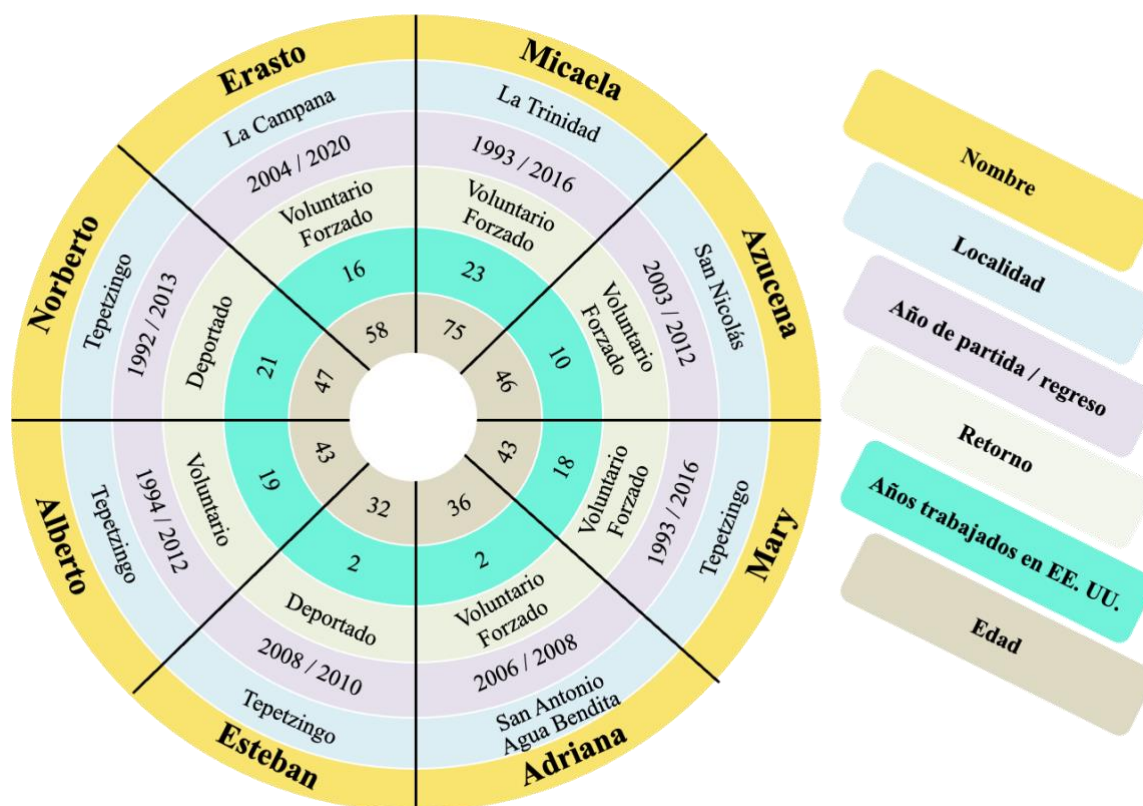
y cambio del sistema migratorio México - Estados Unidos, y de las lógicas que hoy en día imprimen las experiencias vividas a partir de la contingencia sanitaria por COVID-19. Específicamente, el tema adquiere importancia ante el incremento en el número de migrantes mexicanos devueltos voluntaria o involuntariamente de Estados Unidos en los últimos años (Montoya-Ortiz, Granados-Alcantar y Jauregui-Díaz, 2018; UPM, 2015-2023; Durand, 2013 y 2022; Jardón Hernández, 2017), particularmente ante las múltiples situaciones que han afectado el bienestar y la salud de estas personas. Si bien, en los últimos años son numerosos los estudios que abordan esta problemática (Arenas et al., 2015; Vega Briones, 2016; Diaz, Koning y Martines-Donate, 2016; OPS y OMS, 2020; Golash-Boza y Hondagneu-Sotelo, 2013; Zapata et al., 2018), son pocas las investigaciones que analizan los problemas de salud/enfermedad y las estrategias que las personas retornadas promueven para atenderse durante los diferentes momentos de su trayectoria migratoria.

También son escasos los estudios que se aproximan al tema desde la perspectiva de la antropología médica (Menéndez, 1983, 1988, 1990, 1994, 2012 y 2018; Goldberg, 2003, 2010a y 2013; Santillanes Allande, 2017; Holmes, 2006; Macías Juárez, 2012), poniendo en el centro del análisis los modos de vida y los itinerarios terapéuticos de estas personas. En este sentido, con esta investigación se busca contribuir a la generación de conocimiento del tema a partir del vínculo salud, modos de vida y trayectoria migratoria de migrantes mexiquenses retornados a partir de la crisis económica estadounidense de 2008 al municipio de Tenancingo de Degollado, Estado de México.

El grupo de migrantes entrevistados fue de 4 mujeres y 4 hombres, de los cuales la mitad pertenecen a la localidad de Tepetzingo y el resto es originario de otras localidades. Fueron 5 los migrantes que tuvieron un regreso voluntario forzado, en 2 casos fueron deportados y 1 regresó de manera voluntaria. El tiempo de permanencia y trabajo en Estados Unidos fluctuó entre 2 y 23 años. La primera persona que emigró lo hizo en 1992 y la última en 2008 (Diagrama 1).

Diagrama 1

Características sociodemográficas de la población entrevistada



Fuente. Elaboración propia con base en trabajo de campo, Tenancingo, mayo de 2021 a mayo de 2022.

Planteamiento del Problema

Durante los últimos años, la problemática de los Procesos de Salud/Enfermedad/Atención-Prevención [PSEAP] vivida por la población migrante ha enfrentado varios cambios asociados con las nuevas dinámicas migratorias observadas en el sistema migratorio México y Estados Unidos –disminución en el número de mexicanos en Estados Unidos, aumento en la cantidad de población retornada (Durand, 2013; Canales y Meza, 2016; Jardón Hernández, 2017)–; que entre otras causas resultaron de la crisis económica estadounidense de 2008, de las medidas antiinmigrantes impulsadas por el gobierno de ese país, destacándose la política de tolerancia cero hacia la migración no documentada, así como la medida Título 42 implementada durante la pandemia de COVID-19 en la administración del ex presidente Donald Trump (2017-2021) –recientemente cancelada–. Esta última con la finalidad de negar

la entrada a solicitantes de asilo y migrantes, permitiendo la expulsión expedita. Si bien el llamado Título 42 tuvo vigencia del 20 de marzo de 2020 al 11 de mayo de 2023, a partir del 12 de mayo de 2023 bajo el gobierno de Joe Biden (2021-hasta la fecha) se retomó nuevamente el Título 8 con consecuencias más graves para la población que cruza la frontera de manera irregular (CNN Español, 2023). Una primera problemática que plantea esta situación tiene que ver con las dificultades laborales y de salud vividas por los migrantes que regresaron a México en medio de esta crisis económica estadounidense.

Diversos factores estructurales y de gestión de políticas antimigratorias causaron y seguirán impactando en el número de población retornada a México, especialmente de la que lo hace de manera forzada (Gandini, Lozano-Ascencio y Gaspar Olvera, 2015; Castañeda, 2018; Martínez, 2023). De 2015 a 2023 se han registrado 1,875,918 eventos de devolución de población mexicana, de los cuales 93,090 corresponden al Estado de México, equivalente al 5.0% del total a nivel nacional (UPM, 2015-2023). En este contexto, las personas migrantes que retornan demandan distintos servicios básicos para reincorporarse a sus comunidades de origen o en los lugares de establecimiento. Entre estos servicios y necesidades destacan las relacionadas con la salud, de ahí la pertinencia de recobrar las experiencias de vida de esta población para recuperar sus voces, perspectivas y subjetividades en torno a sus PSEAP.

Para ello, se argumenta que las condiciones de salud de esta población se explican por los modos de vida experimentados durante la trayectoria migratoria. Esto significa que los PSEAP que actualmente registran son tan diferenciados como lo son los modos de vida registrados en cada fase migratoria, por lo que, las particularidades propias de cada caso, así como las experiencias individuales y familiares que denotan procesos de diferenciación social participan de sus actuales problemas de salud/enfermedad y las estrategias de atención (Negi, 2011, Walter, Bourgois y Loinaz, 2003, como se citó en Torres y D. Young, 2016).

Sobre los problemas de salud/enfermedad durante la trayectoria migratoria de los migrantes de retorno, la literatura muestra que entre la población retornada, la salud mental empieza a tener afectaciones desde el *lugar de origen* y antes de emigrar ante la angustia y el estrés que supone pensar en la partida y sus implicaciones, por ejemplo, la separación familiar, las dificultades del cruce, los compromisos económicos y otros modos de vida

específicos que hacen parte de su entorno y que motivan la salida de sus lugares de origen (Ceja, Lira Mandujano y Fernández Guzmán, 2014; Aruj, 2008; Zimmerman, Kiss y Hossain, 2011). De igual forma, antes de emigrar se registra la presencia de diversos tipos de enfermedad, que se conjugan con otras problemáticas, como, por ejemplo, la violencia doméstica en las mujeres que genera trastornos mentales y emocionales en éstas. De ahí que, cuestionarse ¿cómo vive la población su salud/enfermedad antes de emprender su migración hacia Estados Unidos? contribuye a visibilizar la complejidad del tema y recuperar los elementos para abordar su análisis desde una mirada integral y holística del proceso migratorio.

Durante el *tránsito* dichos procesos de salud/enfermedad se acentúan en cuanto a las afectaciones emocionales derivadas del temor a ser detenidos por las autoridades migratorias, así como por los diversos riesgos a los que esta población se encuentra expuesta, particularmente por tratarse de cruces no documentados (Ceja, Lira Mandujano y Fernández Guzmán, 2014; Zimmerman, Kiss y Hossain, 2011). Se trata de una problemática que tiene diferentes acepciones ante la denominada industria de la migración, donde la intervención de diferentes actores acentúa la situación de vulnerabilidad de los migrantes, al tiempo que genera experiencias traumáticas y estresantes que impactan directamente en su salud mental y física. Entre otros aspectos, este escenario, requiere indagar ¿cuáles fueron las condiciones estructurales de riesgo y las experiencias sociales y subjetivas de las personas migrantes en las ciudades fronterizas que han repercutido en su salud?

Entre los modos de vida durante el proceso de *recepción*, la población migrante de México generalmente se ha incorporado a un mercado laboral precarizado en Estados Unidos que impacta negativamente en su salud (Flynn et al., 2016). Este mercado de trabajo se ha caracterizado por los bajos salarios y la falta de seguro médico entre los migrantes mexicanos (Regents of the University of California y SSA, 2007), además de las situaciones de explotación, empleo inseguro y violación de derechos humanos que pueden afectar sus procesos de salud/enfermedad ante situaciones específicas como accidentes de trabajo, somatización, abuso de sustancias y otros traumas que repercuten en su salud física y mental (Holmes, 2006).

Por otro lado, la población migrante indocumentada en Estados Unidos no puede calificar a los servicios del sistema de salud público, ni tampoco participar en expansiones de *Medicaid* o en mercados privados de seguros de salud, lo que repercute en el acceso a estas instituciones, particularmente cuando se desempeñan en empleos peligrosos y de bajos ingresos (Hacker et al., 2015, como se citó en Castañeda et al., 2018; Zimmerman, Kiss y Hossain, 2011). Sumado a esto, la pandemia de COVID-19 de 2020, visibilizó y acentuó las situaciones de riesgo a causa de este padecimiento, especialmente entre la población migrante mexicana indocumentada por las múltiples dificultades para acceder a los servicios de salud. Ante los diferentes problemas estructurales en el vecino país del Norte es pertinente identificar ¿cómo el trabajo precario y la falta de acceso a las instituciones de salud en Estados Unidos han impactado en la salud de la población migrante de México? y ¿cómo afectaron la recesión económica estadounidense de 2008 y las políticas antinmigrantes la salud de las personas migrantes de retorno?

Al retorno, otros problemas de salud/enfermedad pueden originarse ante el proceso de detención y deportación, el tiempo vivido en Estados Unidos, los procesos de separación familiar, las condiciones en las que ocurrió el retorno y otros elementos que trascienden en la salud física y mental. Algunos problemas pueden ser angustia, ansiedad, estrés y depresión (Brotherton y Barrios, 2009, como se citó en Calva Sánchez y López Jaramillo, 2017; Cavazos-Rheg et al., 2007, Torres y Wallace, 2013, como se citó en Arenas et al., 2015; Zimmerman, Kiss y Hossain, 2011). Se trata de padecimientos «donde el cuerpo lleva las marcas del desgaste físico y emocional» (Mummert, 2019, p. 226), y que difícilmente pueden ser atendidos, o bien, que no siempre se atienden adecuadamente en las localidades de origen y/o sitios de re-establecimiento. De ahí la importancia de identificar ¿cuáles son las condiciones de salud física y mental en las que regresan estos migrantes a sus localidades de origen? particularmente cuando se trata de padecimientos graves que no tienen seguimiento y tratamiento.

Las problemáticas de salud/enfermedad vividas por la población retornada al Estado de México a partir de 2008, si bien corresponden a las situaciones planteadas anteriormente, registran particularidades propias por tratarse de la entidad más poblada del país, con fuertes contrastes entre sus regiones, escasas instituciones públicas de salud, altos niveles de

violencia, inseguridad, feminicidios y otras problemáticas que dificultan los procesos de integración y de atención de la salud de las personas migrantes.

Si bien el Estado de México registra un bajo índice de intensidad migratoria¹ (CONAPO, 2020), cuenta con municipios de tradición migratoria, muchos de ellos ubicados en la región sur (González Becerril, 2006). Se trata de municipios con problemáticas también diversas, entre las que es pertinente destacar las relacionadas con la infraestructura de salud, por la insuficiente capacidad de atención y baja disponibilidad de recursos humanos y materiales (Hospital General de Tenancingo, 2021). Por ejemplo, en municipios como Tenancingo esto provoca que la población migrante retornada atienda sus problemas de salud/enfermedad haciendo uso de los diversos modelos de atención en función de sus condiciones económicas, así como de sus saberes, sus tradiciones, creencias y vivencias socioculturales.

Así pues, este escenario se refleja en una problemática de crisis de salud pública de la población migrante, que requiere de mayor investigación con sentido social por parte de los académicos e investigadores, con la finalidad de aportar insumos y estrategias para que los gobiernos tomen decisiones pertinentes y útiles para el cuidado de la salud de estas poblaciones.

Tomando en cuenta lo ya expuesto, la pregunta que guía la presente investigación es ¿cómo los PSEAP se construyen y reconstruyen según los modos de vida experimentados durante la trayectoria migratoria de la población retornada al municipio de Tenancingo a partir de la crisis de 2008? La respuesta a esta interrogante se podrá dilucidar a través de los itinerarios terapéuticos que la misma población migrante ha creado, construido y promovido, así como de las formas en las que han atendido su salud en las diferentes fases migratorias.

En el marco de este planteamiento resulta pertinente preguntarse también:

1. ¿Cuáles fueron las implicaciones en la salud/enfermedad que la migración a Estados Unidos pudo generar a partir de los diferentes modos de vida y de trabajo en ambos países?

¹ El índice de intensidad migratoria en 2020 para el Estado de México fue de 2.2, y para la República Mexicana de 5.1.

2. ¿Qué cambios y continuidades se produjeron con respecto a los PSEAP de las personas migrantes durante las diferentes fases del proceso migratorio?
3. ¿En qué medida cambiaron las condiciones económicas y de salud de los y las tenancinguenses antes de emigrar y después de retornar a sus lugares de origen?
4. ¿Cuáles han sido las posibles soluciones frente a los problemas de salud física y mental entre migrantes de retorno a causa de la crisis económica y la crisis de salud pública en el siglo XXI?
5. ¿Hasta qué punto los padecimientos y enfermedades pueden ser explicados por los modos de vida elegidos o no por la población migrante?

El objetivo general de la investigación es analizar los problemas de salud/enfermedad y las estrategias de atención y cuidado que la población tenancinguense de retorno crea y recrea según determinados modos de vida registrados durante su trayectoria migratoria. Dentro de los objetivos específicos se tienen:

1. Identificar ciertos modos de vida experimentados por la población migrante tenancinguense retornada durante su trayectoria migratoria y su relación con los PSEAP.
2. Analizar las enfermedades y padecimientos que vivieron las personas migrantes de Tenancingo durante cada una de las fases migratorias analizados a través de sus itinerarios terapéuticos.
3. Describir y analizar a partir de la narrativa de los migrantes, las condiciones económicas y de salud experimentadas durante las diferentes fases migratorias.
4. Conocer las estrategias de atención, prevención y cuidado de la salud, así como la articulación de diferentes saberes y modelos de atención promovidos por la población migrante retornada y deportada.
5. Explorar los PSEAP en relación con los condicionantes estructurales, los modos de vida, las características sociodemográficas y socioculturales de la población migrante retornada.

Se plantean las siguientes hipótesis:

- a. Los PSEAP se construyen según las condicionantes estructurales de las instituciones de salud y de los modos de vida particulares de cada sujeto migrante, por lo que las estrategias de atención, prevención y cuidado además de ser diferenciadas están en una

constante reconstrucción según la percepción, las prácticas, las relaciones y los significados que ellos han tenido sobre la gravedad de sus problemas de salud, la eficacia real y simbólica de los diferentes modelos de atención a los que han acudido, sus posibilidades y/o solvencia económica, además de los saberes, tradiciones, creencias, vivencias socioculturales y aprendizajes adquiridos durante su trayectoria migratoria. Se pueden interpretar y explicar mediante los itinerarios terapéuticos promovidos por la población migrante en todo el proyecto y las fases migratorias.

- b. Estructuralmente la atención de la salud desde el MMH es deficiente e insuficiente tanto en el lugar de origen como en el sitio de recepción para la población migrante, de ahí que los PSEAP pueden estar influenciados por género, los ciclos de vida, la generación etaria y el contexto migratorio; pues dependiendo de éstas se puede o no tener acceso a los servicios de salud para atender determinados padecimientos o enfermedades, así como situaciones que no necesariamente impliquen malestares, sino prevención y cuidados, y en el que frente a la falta de atención de esta índole se promueven otras alternativas de atención como el modelo médico alternativo o subordinado y la autoatención.

Justificación y Pertinencia del Tema

Por los problemas anteriormente mencionados, es indispensable entender que las personas migrantes no tienen condiciones homogéneas ni únicas. Existen diferencias en la edad, modos de vida, grado de vulnerabilidad, así como en el contexto de emigración, de recepción, de permanencia y de retorno con condiciones de salud específicas (Rendón, 2017). De igual forma, son relevantes las altas tasas de lesiones relacionadas con el trabajo en el que se desempeñaron los migrantes indocumentados en Estados Unidos y la aplicación inadecuada de las leyes laborales (Gleeson, 2010, Loh y Richardson, 2004, O'Connor et al., 2005, Orrenius y Zavodny, 2009, como se citó en Arenas et al., 2015), pues ello propicia una mayor necesidad de atención en cuestión de acceso a los servicios de salud.

Inicialmente esta investigación adoptó como argumento central que los problemas de salud de los migrantes respondían a las condiciones laborales y el tipo de trabajo en el que estaban insertos en el mercado laboral de Estados Unidos. No obstante, los aprendizajes adquiridos en cada curso, la literatura analizada y los hallazgos del propio trabajo de campo ampliaron la mirada para entender que, son los modos de vida –tipo de vivienda, hábitos

alimenticios, redes sociales, tiempo de descanso y de recreación, entre otros— que crean y recrean cada una de las personas migrantes lo que explica sus vivencias y procesos de salud/enfermedad en su trabajo y su vida cotidiana y transnacional.

Se trata de una problemática actual y de pertinencia social que poco ha sido atendida, específicamente, puede decirse que la comprensión de los PSEAP de las personas migrantes que están regresando a sus sitios de origen en México no ha sido abordada en ninguno de los 2 países. Especialmente tomando como referente las diferentes fases del proceso migratorio, pues en el de origen, traslado, recepción y retorno se viven procesos de salud y enfermedad particulares, que se conjugan con las estrategias de atención, prevención y cuidado transnacional que los migrantes promueven para atender sus padecimientos y enfermedades a partir de los significados que construyen y reconstruyen en torno a sus padecimientos, saberes, creencias, vivencias socioculturales y condicionantes estructurales económicos y políticos.

Por otro lado, actualmente en México no existen políticas públicas que atiendan las problemáticas de salud vividas por las personas migrantes que están retornando o que han sido deportadas en la última década. Mucho menos cuando las experiencias migratorias están relacionadas con la salud mental, específicamente con el estrés, la ansiedad y la depresión. Se busca contribuir a generar información novedosa y actualizada para plantear recomendaciones de políticas públicas binacionales que atiendan esta problemática de crisis de salud pública, de crisis de empleo y de crisis migratoria, y que estén basadas en datos concretos e información proporcionada por las propias personas migrantes. También se busca aportar a la literatura interesada en incorporar el análisis de los PSEAP de población migrante de retorno a México, desde el enfoque de la antropología médica, la perspectiva transnacional e interseccional para ofrecer un análisis diferenciado hasta ahora insuficientemente desarrollado en los estudios sobre retorno y deportación en ambos países.

Se ha buscado también incorporar las experiencias de las mujeres migrantes, sus testimonios, sus vivencias, pues la literatura sobre el tema se ha concentrado en los hombres migrantes. Las experiencias por género varían significativamente, como se podrá ver a lo largo de la tesis, cuyo contenido se sustenta en los resultados del trabajo de campo realizado en Tenancingo.

Aproximación Teórica para el Análisis de los PSEAP en Migrantes de Retorno

En esta tesis se adoptó la antropología médica para analizar los PSEAP de la población migrante tenancinguense retornada y/o deportada a partir de la crisis económica de 2008. La antropología médica (Martínez Hernández, 2007; Menéndez, 2018; Sacchi, Haysberger y Pereyra, 2007; Goldberg, 2003; Santillanes Allande, 2017) es la perspectiva central de esta investigación, en tanto permite interpretar y explicar de manera integral el origen de la enfermedad, tanto desde lo social y cultural como de lo científico. Mientras que la corriente transnacional de la migración (Glick Schiller et al., 1995; Cassarino, 2004; Rivero, 2018; Goldring, 1996; Portes, Guarnizo y Landolt, 1999; Portes, Guarnizo y Landolt, 2003, como se citó en Cárdenas Torres, 2009) y la perspectiva de la interseccionalidad (Crenshaw, 1995; Viveros Vigoya, 2016) son aproximaciones complementarias (Diagrama 2).

Se retomaron 2 vertientes teóricas de la antropología médica: la antropología médica interpretativa (Good, 2003; Kleinman, 1980; Gómez Cardona, 2013) y la antropología médica crítica (Menéndez, 2010; Seppilli y Otegui, 2005; Gómez Cardona, 2013; Rylko-Bauer, Whiteford y Farmer, 2009; Baer, Singer y Susser, 1997; Castro y Farmer, 2007; Farmer, 2005). Ambas perspectivas permitieron entender los PSEAP de manera holística por medio del enfoque relacional incorporando al análisis distintos actores, instituciones y organizaciones involucrados en los procesos de salud/enfermedad de las personas migrantes.

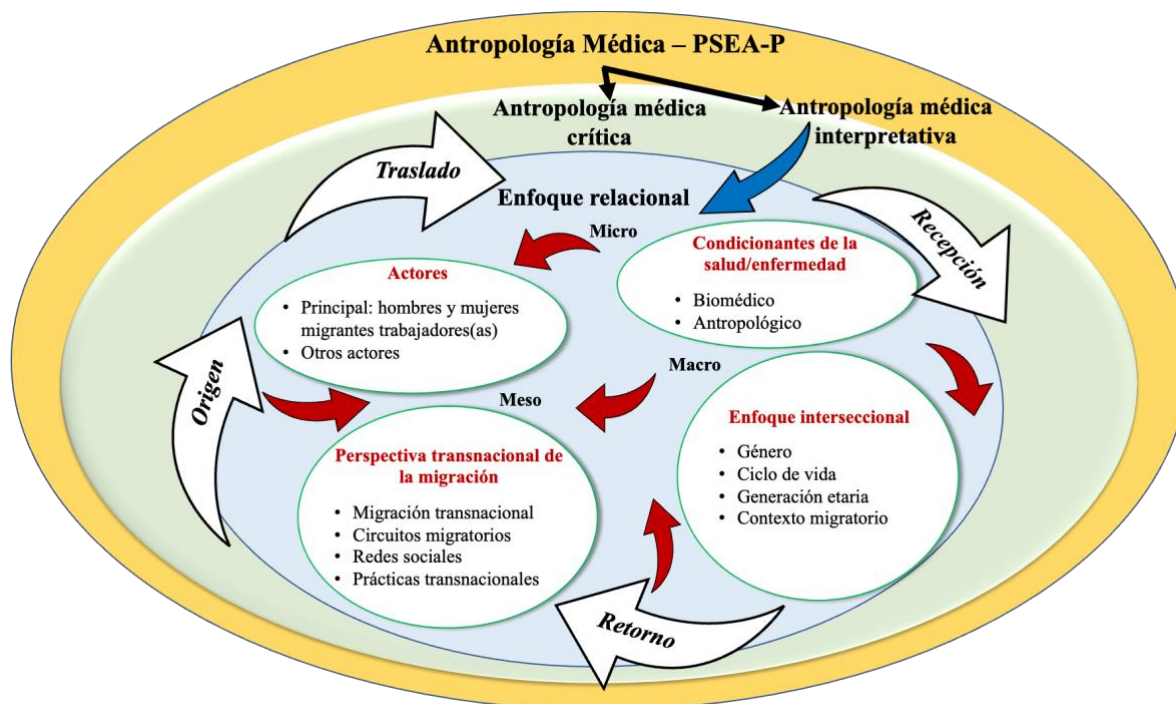
Por medio de la mirada transnacional fue posible indagar en las diferentes fases y experiencias migratorias los PSEAP del grupo de estudio. Mediante algunos conceptos de esta perspectiva, por ejemplo, el circuito migratorio transnacional se identificó la circulación de individuos, dinero, bienes, información (Rouse, 1991), medicamentos, saberes de medicina tradicional, productos y padecimientos; entre otros aspectos que facilitaron contrarrestar los problemas de salud.

Así mismo, la perspectiva de la interseccionalidad, que surge de los estudios de género, se consideró básica dado que las relaciones de hegemonía y subalternidad, simetría y asimetría y otras desigualdades sociales entre los géneros son centrales para el análisis de las experiencias, relaciones, acciones y significados construidos en torno a los PSEAP del grupo de estudio. De ahí que el abordaje de la interseccionalidad toma en cuenta algunas desigualdades sociales a partir de las que es posible entender que ciertos conjuntos de

personas con diferentes pertenencias e identidades pueden influir en el acceso a derechos u oportunidades en diversas esferas de la vida cotidiana. Estos 3 abordajes teóricos permitieron entender las condicionantes estructurales de los problemas de salud/enfermedad, pero también las acciones, relaciones y significados que construyeron y promovieron las propias personas migrantes para contrarrestar sus problemas de salud.

Diagrama 2

Aproximación teórico-conceptual



Fuente. Elaboración propia en base a Martínez Hernáez (2007), Menéndez (2010 y 2018), Sacchi, Hausberger y Pereyra (2007), Goldberg (2003), Santillanes Allande (2017), Glick Schiller, Basch y Szanton Blanc (1995), Cassarino (2004), Rivero (2018), Goldring (1996), Portes, Guarnizo y Landolt (1999), Crenshaw (1995), Viveros Vigoya (2016), Gómez Cardona (2013), Seppilli y Otegui (2005), Rylko-Bauer, Whiteford y Farmer (2009), Baer, Singer y Susser (1997), Castro y Farmer (2007), Farmer (2005).

Para el análisis de los PSEAP, fueron 2 los conceptos centrales: modos de vida e itinerarios terapéuticos. El concepto de modos de vida (González Pérez, 1990; Vargas-Arenas, 1985; Boltvinik, 1986; Lindón Villoria, 1999) se convirtió en un elemento indispensable para identificar posibles situaciones de riesgo que pueden influir en los

problemas de salud/enfermedad de la población de estudio. Interesa centrar el análisis en los PSEAP de las personas migrantes, retornadas y deportadas a partir de 2008, poniendo énfasis en algunas dimensiones de los modos de vida en las diferentes fases del proceso migratorio, considerando que cada una de ellas involucra procesos de salud y enfermedad particulares.

Otro concepto teórico-metodológico fundamental es el de itinerario terapéutico (Goldberg, 2003; Pasarin, 2011; Santillanes Allande, 2017). Con éste se reconstruyeron los distintos momentos de enfermedad en cada una de las fases migratorias, considerando a la mayoría de los actores que pudieron estar involucrados en dichos problemas, bien sea porque fueron los causantes, influyeron en el padecimiento de salud y/o ayudaron a contrarrestar dichos malestares.

Abordaje y Estrategias Metodológicas

Para responder a las preguntas, objetivos e hipótesis se adoptó una metodología mixta. Aunque se privilegió una aproximación cualitativa para recuperar la propia voz de los actores sociales, las percepciones y subjetividades de las mujeres y hombres migrantes retornados en torno a las experiencias les permiten construir y reconstruir sus procesos de salud y enfermedad, así como las estrategias para sobreponerse a sus problemas de salud.

En este sentido, se retomaron algunos componentes de la etnografía como la observación directa y las entrevistas en profundidad. El método biográfico (Pujadas, 2000; Sanz Hernández, 2005) se utilizó para ahondar en los relatos biográficos (Amezcuza y Hueso Montoro, 2009) de las 8 personas migrantes retornadas a Tenancingo. En estos se buscó profundizar en ciertos aspectos de la historia de vida relacionados específicamente con los PSEAP de los migrantes. Así pues, el análisis está basado en las experiencias vividas por las propias personas migrantes con respecto a la descripción de algunos modos de vida y del análisis de los PSEAP interpretados a través de los itinerarios terapéuticos, que se complementan con los testimonios de otros actores que contribuyen a ampliar el panorama de la situación migratoria y de salud del municipio de Tenancingo. Además del análisis de los condicionantes estructurales que influyen en la problemática de salud de la población migrante tanto en México como en Estados Unidos.

El trabajo de campo se realizó en Tenancingo entre 2021 y 2022. El acercamiento a la población entrevistada fue facilitada por la Lic. Emigdia, quien funge como informante clave de esta investigación. Con el consentimiento previo de los migrantes facilitó los números telefónicos para establecer contacto inicial y programar las primeras conversaciones. Con cada persona migrante se realizó un primer acercamiento para recuperar elementos generales sobre su vida, la trayectoria migratoria y salud. Previamente se habían diseñado las guías de entrevista. Posteriormente, se programaron diferentes sesiones para el desarrollo de la entrevista en profundidad que permitió ahondar en los modos de vida por fase migratoria, así como reconstruir el itinerario terapéutico y los PSEAP de cada uno de ellos. Es importante mencionar que, por cuestiones de confidencialidad, algunos de los nombres de los colaboradores son pseudónimos, y en otros casos ellos manifestaron su deseo por conservar su nombre.

Estructura de la Tesis

Esta tesis doctoral se estructura en 5 capítulos que articulan el sustento teórico-metodológico y la evidencia empírica obtenida en trabajo de campo. El capítulo I se divide en 3 apartados. En la primera parte, como ya se señaló se presenta el marco teórico conceptual que articula las miradas de la antropología médica, la interseccionalidad y la perspectiva transnacional de la migración.

Posteriormente se presenta un recorrido de la literatura escrita sobre el tema, resaltando los debates teórico-metodológicos, así como los ejes analíticos que destacan la pertinencia del problema de investigación. Se explican los conceptos clave que se retoman para el análisis de la problemática planteada. Para finalizar se desarrolla la estrategia metodológica utilizada para aproximarse al punto de vista de la población migrante, sus experiencias y sus vivencias sobre su salud/enfermedad.

El capítulo II describe el contexto de estudio del lugar de origen (Tenancingo), identificando algunas de las principales características sociodemográficas del municipio y de las 5 localidades a las que pertenecen las personas entrevistadas. Para el contexto estadounidense se exploraron las características principales de los sitios de recepción de los migrantes tenancinguenses. Ambos componentes fueron fundamentales para conocer la diversidad de contextos que vivieron, poniendo en evidencia posibles escenarios que

generaron situaciones de riesgo frente a los problemas de salud/enfermedad y/o que permitieron crear estrategias para contrarrestar las molestias y padecimientos de la población migrante de Tenancingo.

En los capítulos III y IV se profundiza en el análisis de las experiencias, modos de vida, relaciones, acciones, significados e itinerarios terapéuticos promovidos por el grupo de estudio en sus historias de vida transnacional. La estrategia analítica se sustenta en un análisis diferenciado de sus experiencias de salud y migración internacional. En este sentido, el capítulo III analiza algunos modos de vida relacionados directamente con los PSEAP de la población migrante: aquellos que corresponden a la *cotidianidad* de los individuos, y los *particulares* relacionados concretamente a su experiencia migratoria y su vida transnacional.

En el capítulo IV se busca comprender los PSEAP de los colaboradores de la investigación a través de la reconstrucción de sus itinerarios terapéuticos, tomando en cuenta los diferentes modos de vida que experimentaron durante las distintas fases migratorias, los diversos actores, así como las interacciones y relaciones que se distinguen a partir del enfoque relacional de la antropología médica.

El capítulo V profundiza en 3 dimensiones que resultaron del trabajo de campo realizado en Tenancingo: las múltiples violencias, los efectos de la pandemia de COVID-19, y los problemas de salud emocional y mental. Estas 3 problemáticas se caracterizaron por el profundo impacto que tuvieron en la salud de la población migrante de retorno entrevistada, y que, a la fecha, en algunos casos, sigue repercutiendo.

Por último, se plantean algunas conclusiones generales encaminadas a evidenciar la respuesta de las preguntas de investigación, alcance de los objetivos y diálogo con las hipótesis propuestas. Se destacan los resultados principales, se sugieren algunas líneas de investigación pendientes y se avanza en algunas recomendaciones de política pública y de incidencia social.

Capítulo I

Matriz Teórico-Metodológica: Antropología Médica, Perspectiva Transnacional y Enfoque Interseccional

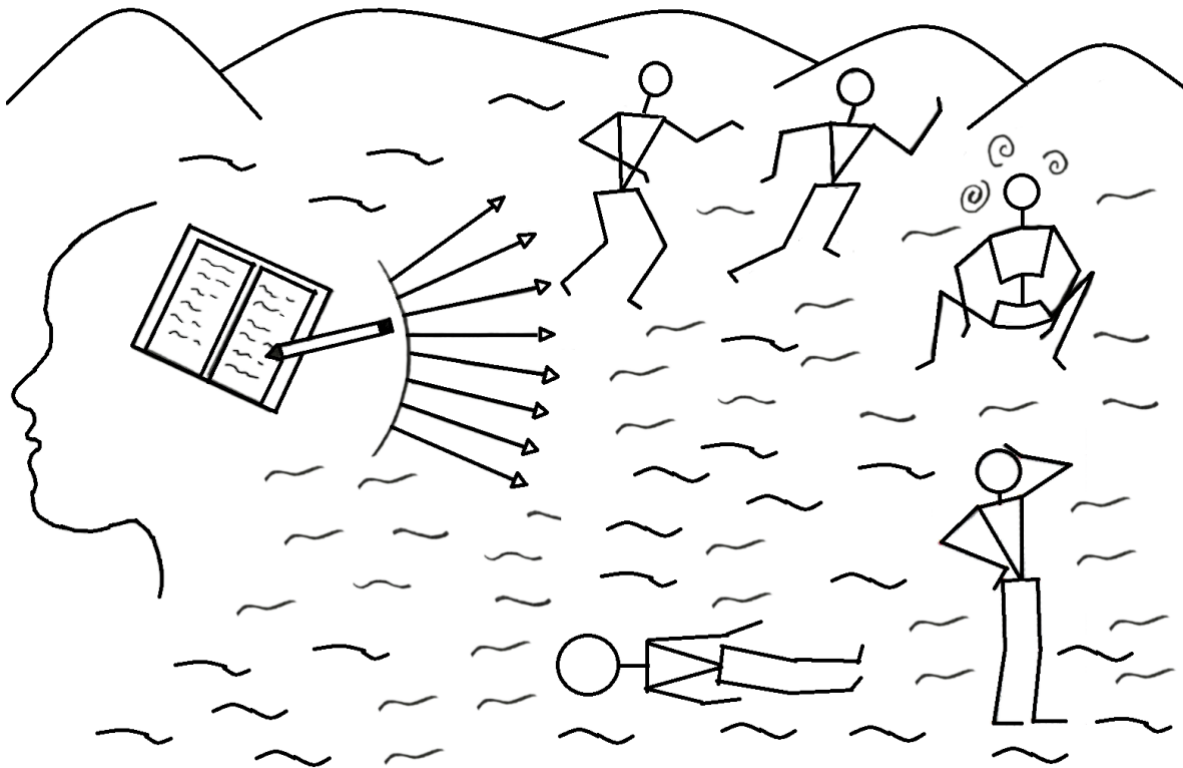


Figura 1

Reflexiones teóricas en torno a los procesos de salud

Elaborado por Macías Suárez Giovanni, 2023

Introducción

El enfoque relacional [de la antropología médica] implica asumir que las desigualdades y las diferencias operan no sólo en los grandes conjuntos sociales (clases sociales u otros sistemas de estratificación, como género, etnicidad, edad, religión), sino también en los niveles diádicos, microgrupales y/o comunitarios en que se desarrollan y expresan (por ejemplo, la relación médico/paciente). Las relaciones en términos de “negociaciones sociales” ocurren tanto en los niveles micro, como en los macrosociales. (Menéndez, 2010, p. 294)

Este capítulo se integra de 3 grandes apartados. El primero tiene como objetivo exponer el marco analítico que permite interpretar y explicar los problemas de salud/enfermedad durante las diferentes fases del proceso migratorio, de un grupo de migrantes entrevistados, retornados o deportados de Estados Unidos al municipio de Tenancingo, a partir de la crisis de 2008. En este sentido, la discusión que se desarrolla busca responder ¿hasta qué punto el abordaje teórico de la antropología médica, la mirada transnacional de la migración y la perspectiva interseccional permiten interpretar y explicar los PSEAP en migrantes retornados o deportados?

La antropología médica, al tener un origen diferente al de la medicina occidental, acude a una aproximación cultural para estudiar los PSEAP de las personas, sin desconocer otros saberes y conocimientos que hacen parte del sistema global de salud. Para analizar estos procesos con la población migrante, resulta pertinente incluir la mirada transnacional para recuperar los contextos y vivencias migratorias, laborales, de salud y de redes sociales, de estos sujetos entre México y Estados Unidos. Finalmente, se recupera la perspectiva de la interseccionalidad para analizar desigualdades según la estratificación social de género, generación etaria, el contexto y el ciclo de vida, con el propósito de identificar diferencias y situaciones de riesgo de salud que afecta a unos más que a otros.

En el segundo apartado de este capítulo se presenta el estado del arte. Para ello, se hace una descripción de algunos trabajos que retoman el objeto de estudio de esta investigación, por lo que se realiza una aproximación a la relación salud y migración, específicamente desde la antropología médica, la corriente transnacional y la mirada interseccional.

En el tercer apartado, se expone la aproximación metodológica que sustenta esta tesis, haciendo énfasis en los criterios de selección de las personas colaboradoras, el método y las

técnicas empleadas para explorar las trayectorias migratorias, laborales y de salud, así como las estrategias del trabajo de campo, de análisis de la información, dificultades, fortalezas y limitaciones de la investigación.

Marco Teórico Conceptual: Antropología Médica, Transnacionalismo e Interseccionalidad

Como se hizo referencia en la introducción de la tesis, dentro de este apartado se hace referencia a los principales enfoques que se consideraron fueron los más idóneos para dar respuesta a las preguntas, objetivos e hipótesis de investigación.

Perspectiva de la Antropología Médica

Para iniciar con la propuesta teórica de la investigación, en este apartado se reflexiona ¿qué es la antropología médica? ¿cuáles son sus aportes? y ¿cómo permite indagar los PSEAP de mujeres y hombres trabajadores que retornaron o fueron deportados de Estados Unidos a partir de la crisis de 2008 a las comunidades de Tenancingo? Al respecto, se considera importante retomar la perspectiva de la antropología médica porque:

Entiende la salud en el ámbito de la cultura, comprende el trinomio salud-enfermedad-atención, como universal, frente al cual cada comunidad humana ha debido desarrollar una respuesta específica, lo que le otorga suficiente variabilidad. Estudia las dimensiones biológicas, psicológicas, culturales y sociales, que determinan el modo en que las personas entienden y viven la salud y sus problemas de salud. Tiene como objeto de estudio y análisis, los distintos sistemas, creencias y prácticas respecto a la salud y al proceso salud-enfermedad-atención en cualquier tipo de sociedad. (Pizza, 2007, Suárez et al., 2004, como se citó en Díaz Bernal, Aguilar Guerra y Linares Martín, 2015, p. 657)

La antropología médica estudia los problemas de salud humana y los sistemas de curación en sus amplios contextos sociales y culturales. Los antropólogos médicos se dedican tanto a la investigación básica sobre temas de salud y sistemas de curación como a la investigación aplicada destinada a mejorar la atención terapéutica en entornos clínicos o mejorar los programas de salud pública en entornos comunitarios. Partiendo de las ciencias biológicas, sociales y clínicas, los antropólogos médicos se dedican a la investigación académica y aplicada, contribuyendo a la comprensión y mejora de la salud humana y los servicios de salud en todo el mundo. (Brown y Closser, 2016, p. 13)

Siguiendo a Menéndez (1994), la antropología médica que analiza los procesos de salud/enfermedad/atención:

Constituye un universal que opera estructuralmente –por supuesto que en forma diferenciada– en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran [...] [L]a enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales. Son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad; el sujeto, desde su nacimiento –cada vez más “medicalizado”–, se constituye e instituye, por lo menos en parte, a partir del proceso s/e/a. (p. 71)

La antropología médica tiene un carácter multidimensional porque toma en cuenta diversos aspectos de la vida de los sujetos, como los componentes culturales, económico-político, ideológicos y sociales. Mismos que están en diálogo con las formas de pensar, sus prácticas, saberes, creencias y tradiciones que hacen parte de los PSEAP, por lo que, la conjugación de estos elementos trasciende en la adopción de múltiples sistemas médicos como el biomédico, medicina tradicional, medicina homeópata, medicina tradicional china y coreana, entre otros.

En tal sentido, es importante recalcar que la razón de ser de la antropología médica es la dimensión de la cultura, la cual puede ser definida como:

Un conjunto de elementos que median y califican cualquier actividad física o mental que no sea determinada por la biología y que sea compartida por diferentes miembros de un grupo social. Se trata de elementos sobre los cuales los actores sociales, construyen significados para las acciones e interacciones sociales concretas y temporales, así como sustentan las formas sociales vigentes, las instituciones y sus modelos operativos. La cultura incluye valores, símbolos, normas y prácticas. (Jean Langdon y Braune Wiik, 2010, p. 179)

Este concepto según Goldberg (2020), distingue 2 grandes dimensiones: cognitiva y material. La primera sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas por medio del aprendizaje. Mientras la segunda se refiere a las expresiones de lo simbólico en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social entre las personas. En este trabajo, se considera necesario repensar el concepto de cultura a la luz de las experiencias de vida transnacional de la población retornada, particularmente considerando que regresan con costumbres, tradiciones y aprendizajes adquiridos durante su estancia en Estados Unidos. Se trata de componentes que impactan en las formas de comprender y actuar sobre sus propios PSEAP.

Entre los principales aportes de la antropología médica en el campo de los PSEAP está reconocer que la medicina biomédica hegemónica es un sistema más dentro del conjunto

de los diferentes sistemas médicos que existen en el mundo; pues desde su conceptualización, los sujetos de estudio siempre fueron la otredad, los excluidos del sistema, los marginados. La antropología médica centra el trabajo de campo en lo etnográfico, tiene una perspectiva relativista-constructivista, pone énfasis en lo cultural, en el predominio de la inducción sin querer generalizar, no da los hechos por dados, sino que va a la crítica buscando contrastar, y diferenciar entre lo *Étic* y lo *Emic*² (Markee, 2012). Busca realizar un análisis más holístico, comprensivo y relacional acerca de las diferentes formas de la enfermedad, padecimientos y sufrimientos humanos (Martínez Hernández, 2007), lo que facilita la comprensión de los PSEAP de los sujetos y grupos sociales, situándolos en diferentes contextos y características particulares. La contribución de esta tesis es analizar los PSEAP en la población mexicana de retorno procedente de Estados Unidos, como un grupo con particularidades específicas, pues, por ejemplo, el componente cultural ha adquirido para estas personas otros niveles de complejidad a partir de sus experiencias de vida e interacción con otros sistemas.

Por otro lado, según la perspectiva de la antropología médica es importante reflexionar sobre la contextualización del proceso de salud/enfermedad/atención. Esto significa cuestionar la tendencia a entender la enfermedad como un estado bien definido y contrario a la salud desde la biomedicina hegemónica, para entonces, desde un enfoque social, comprender la salud y la enfermedad como extremos de referencia en un continuum, donde el proceso de salud-enfermedad se encuentra íntimamente relacionados (Goldberg, 2020). Desde la biomedicina hegemónica otro componente que es necesario cuestionar es la tendencia a separar la salud y la enfermedad de las acciones que se promueven ante la enfermedad, pues desde lo social, las características de la atención forman parte del eje salud-enfermedad. Es decir, la salud y la enfermedad se construyen a partir de respuestas socioculturales que se pueden integrar en otro eje, el de la atención-desatención. De ahí la necesidad de contar con una perspectiva procesual y relacional, que aborde tanto lo biomédico como lo social, formando la categoría de salud/enfermedad/atención, en la que los 3 momentos son parte de un mismo proceso (Goldberg, 2020).

² *Étic* se refiere a todas las categorías y conceptos que utilizan los antropólogos desde lo que es el lenguaje y el campo científico, mientras que el campo de lo *Emic* se refiere a las categorías, conceptos y construcciones del lenguaje propio de los sujetos, que tienen que ver con cada cultura y sociedad (Markee, 2012).

A este trinomio de salud/enfermedad/atención, en esta tesis se considera conveniente incorporar el término de prevención, pues de acuerdo con Menéndez (1994), la población:

Genera y maneja criterios de prevención para los padecimientos que real o imaginariamente afectan su salud en la vida cotidiana. No existen grupos que carezcan de estos saberes, porque los mismos son estructurales a toda cultura, es decir, son decisivos para la producción y reproducción de la misma. (como se citó en Menéndez, 1998, p. 57)

Menéndez (1998) argumenta que, entre las diferentes formas de entender la prevención, destacan las aproximaciones en las que sobresalen las representaciones y prácticas culturales. En este sentido, expresa que la biomedicina considera que la población no maneja criterios de prevención y encuentra en las representaciones y prácticas de la población situaciones que influyen de manera negativa sobre la salud. Por su parte, la socioantropología considera que los criterios preventivos socioculturales son fundamentales –sin cuestionar si son errados o correctos–, pues la idea es admitir «que los grupos sociales producen criterios y prácticas de prevención más allá de que sean equivocados o no» (p. 57).

Por otro lado, los grupos humanos producen y utilizan saberes preventivos tanto para las enfermedades reconocidas como tradicionales, como para las que se consideran una amenaza. De ahí que el conocimiento de los conjuntos sociales en la vida cotidiana está precedido de variadas fuentes, dentro de las cuales también se incluye la biomédica, con la finalidad de buscar estrategias preventivas.

En términos generales, la importancia de retomar el concepto de prevención dentro del trinomio salud/enfermedad/atención tiene que ver con su utilidad como medida complementaria para mejorar la calidad de vida de la población, antes o después de que se hayan presentado problemas de salud/enfermedad, pues estas acciones preventivas pueden aminorar la presencia de algún padecimiento o malestar, o, por el contrario, ayudar a mejorar las condiciones de salud cuando se ha presentado un problema de enfermedad.

Abordaje Interdisciplinar. Existen varios referentes teóricos que cobran relevancia desde la antropología médica porque permiten entender cómo los sujetos y los grupos sociales enfrentan las diferentes facetas de su vida cotidiana, en especial sus procesos de salud/enfermedad. En primer lugar, para fines de esta investigación se destaca el papel de la *fenomenología*, porque rescata la propia voz del actor y el cómo experimentan determinados

acontecimientos. Siguiendo a Alves (2006), en los estudios sociales la base fenomenológica permite describir lo que está sucediendo desde el punto de vista de quienes están viviendo una situación concreta, y cómo por medio de este proceso, los sujetos y los grupos sociales representan su mundo. El objetivo es comprender los significados en la medida en que simplemente se dan y según las propias experiencias. De acuerdo con Brennan (1999):

La fenomenología se concentra en el estudio de los fenómenos tal como los experimenta el individuo, con el acento en la manera exacta en que un fenómeno se revela en sí a la persona que lo está experimentando en toda su especificidad y concreción. (p. 295)

Por otro lado, se encuentra el *constructivismo social*, vertiente teórica en la que destacan las aportaciones de Berger y Luckman (2003) al argumentar que todo conjunto social construye representaciones y prácticas en relación con lo que es su mundo a partir de la interacción que tienen con otros. Esta construcción de la realidad en la vida cotidiana no es algo que se presente de manera homogénea entre los sujetos, pues se construye desde un lugar que está determinado de manera directa por las posibilidades de existencia y reproducción que tienen los seres humanos y los grupos.

En cuanto a la *etnometodología*, se resaltan los aportes de Garfinkel (2006, p. 20), quien la define como «la investigación de las propiedades racionales de las expresiones contextuales y de otras acciones prácticas como logros continuos y contingentes de las prácticas ingeniosamente organizadas de la vida cotidiana». Es un método que todos los sujetos construyen. Pone énfasis en los procedimientos con los que los sujetos le dan sentido a su vida cotidiana y cómo actúan en ella, tomando en cuenta que el orden social se determina por los continuos actos interpretativos en los que están involucrados los sujetos (Garfinkel, 2006).

Por último, el concepto de *agencia humana*, por ejemplo, Giddens (1987) lo define como:

Ser un ser humano es ser un agente –aunque no todos los agentes son seres humanos– y ser un agente es tener poder. “Poder” en este sentido altamente generalizado quiere decir “capacidad transformadora”, la capacidad para intervenir en un juego dado de eventos para de alguna manera alterarlos. (p. 7)

Así mismo, Bandura (1989 y 2001, como se citó en Tejada Zabaleta, 2005, p. 120) lo define como «la capacidad de ejercitar el control sobre nuestro propio funcionamiento y sobre los eventos que afectan nuestra vida». La agencia humana puede ir más allá del bienestar individual, repercutiendo en la familia o la comunidad a la que se pertenece (Alkire y Deneulin, 2009, como se citó en Delgado Blanco, 2018). Es la capacidad que tenemos los seres humanos para tomar decisiones y actuar de manera intencional frente a cualquier situación con la finalidad de que se produzca un efecto.

Los anteriores referentes teóricos son fundamentales para comprender desde la antropología médica el actuar de los individuos y los grupos sociales frente a determinadas circunstancias que les requieren desenvolverse de diferentes maneras, según sus posibilidades económicas, sociales, políticas y culturales, para solventar problemas y necesidades que pueden estar enfrentando, especialmente en lo que se refiere a sus PSEAP.

A partir de lo anterior, en este trabajo se destaca y recupera la pertinencia de la fenomenología porque pone énfasis en la propia opinión y perspectiva de los migrantes, es decir, lo que ellos sienten y han vivido a través de su historia de vida. Además, es importante considerar que los PSEAP implican desafíos, decisiones y la ejecución de acciones que visibilizan la agencia humana, por lo que, refieren la capacidad que estos sujetos tienen para sortear los diferentes obstáculos que pueden enfrentar a raíz de sus problemas de salud/enfermedad.

Supuestos Teóricos y Corrientes de Análisis. Para reflexionar ¿cuáles son las corrientes teóricas de la antropología médica? y, ¿qué corriente teórica es la más adecuada para esta investigación? conviene señalar que la antropología médica está formada por diferentes vertientes teóricas, que se caracterizan por tener posturas distintas entre las aproximaciones culturalistas y críticas (Gómez Cardona, 2013). De acuerdo con Good (1994) y Menéndez (1998) (como se citó en Goldberg, 2020), se identifican la etnomedicina, la antropología médica ecológica-cultural, la antropología médica interpretativa, la antropología médica crítica, la antropología médica centrada en investigación-acción y la epidemiología sociocultural.

De las distintas corrientes de análisis de la antropología médica se considera pertinente recuperar 2 perspectivas articuladas con la pregunta de esta investigación. En

primer lugar, se adopta la antropología médica interpretativa (Gómez Cardona, 2013; Good y DelVecchio Good, 1984) por su énfasis en las representaciones, significados y explicaciones que hacen los sujetos –población migrante– acerca de los PSEAP. Esta corriente tiene una estrecha relación con la fenomenología, la cual prioriza el punto de vista del actor, sus narrativas, sus experiencias y sus prácticas; así como con el constructivismo que permite entender cómo las personas construyen y reconstruyen nuevas estrategias de atención y cuidado de su salud. Finalmente, se relaciona también con la etnometodología, en tanto permite comprender cómo la población migrante interpreta su cotidianidad para enfrentar cualquier situación; así como con el concepto de agencia humana para entender que cada individuo tiene la capacidad de actuar frente al mundo, ante cualquier escenario o contexto que se le presente.

En este sentido, desde la antropología médica interpretativa es posible poner énfasis en las narrativas y discursos de las personas migrantes entrevistadas para identificar los diferentes PSEAP desde su sentir, desde lo que piensan y desde las formas en que construyen y atienden sus padecimientos y malestares, así como la solución que le dan a éstos.

Ahora bien, se reconoce que esta aproximación teórica tiene como limitación que no permite observar los PSEAP de manera relacional y multinivel (micro, meso y macro), como tampoco es útil para identificar los condicionantes estructurales de la salud y las relaciones de poder en el proceso de salud/enfermedad que viven los individuos. Por lo anterior, en esta tesis se recupera también la corriente de la antropología médica crítica, en tanto considera distintos factores de orden biológico, del medio ambiente, económicos, sociales, económico-político y culturales; además de incluir a todos los actores que de una manera u otra están involucrados en este proceso (Menéndez, 2010; Seppilli y Otegui, 2005; Gómez Cardona, 2013; Rylko-Bauer, Whiterford y Farmer, 2009, como se citó en Santillanes Allande, 2017; Baer, Singer y Susser, 1997; Castro y Farmer, 2007; Farmer, 2005). La antropología médica, en sus vertientes interpretativa y crítica permitirán identificar la afectación de éstos en los PSEAP de la población de estudio a partir de la experiencia vivida en cada una de las fases migratorias.

La idea, como sostiene Santillanes Allande (2017), se requiere incorporar desde un nivel micro al individuo y al grupo familiar, así como a las instituciones, las políticas y las

reglamentaciones en un nivel meso y macro. De acuerdo con Gómez Cardona (2013), la antropología médica crítica pone énfasis en comprender como las relaciones de poder, las estructuras que producen desigualdad social, las violencias e injusticias sociales repercuten en la salud de las personas. De igual forma, es una aproximación holística y relacional, que entiende los PSEAP de los individuos como todo un sistema en donde las afectaciones no solo tienen una sola causa, sino que es multifactorial.

Enfoque Relacional, Antropología Médica Interpretativa y Crítica. A partir de lo anterior, analizar el papel del enfoque relacional en la antropología médica crítica parte de considerar que esta última estudia los procesos de salud/enfermedad a partir de varias dimensiones y niveles de análisis. El enfoque relacional:

Se refiere al proceso de salud y enfermedad de cada persona y que se encuentra siempre influenciado por las relaciones sociales, mismas que desde un punto de vista pueden influir para que se agudice el padecimiento o por el contrario pueden servir para que se reduzca o solucione. (Menéndez, 2016, p. s.n.)

Al respecto, Menéndez (2012) argumenta que en una investigación es necesario incluir a todos o por lo menos una mayoría de los actores que son significativos con el proceso que se está estudiando, pero también con las relaciones de diferente tipo que se establecen entre ellos, como son las cooperativas, de hegemonía/subalternidad, competitivas, simétricas/asimétricas y que se mantienen operando de manera frecuente y en forma simultánea.

En este orden de ideas, el enfoque relacional dentro de los PSEAP opera dentro de un marco de relaciones sociales, con transacciones que se encuentran en permanente modificación. Los procesos de hegemonía/subalternidad encuentran en el término de transacciones un concepto que detalla y explica el conjunto de relaciones que operan. Las transacciones contemplan siempre procesos de reapropiación y rearticulación que se generan desde los grupos subalternos (Menéndez, 1990). De acuerdo también con Menéndez (2012), otro de los fundamentos del enfoque relacional es el no reducir los procesos sociales a las narrativas de los actores sino tratar de observar e incluir sus prácticas sociales. Así como las relaciones sociales a nivel micro y macrosocial:

Si bien es correcto señalar que se reconoce el papel de las relaciones y rituales básicamente en el nivel microsocial y se las considera escasamente a nivel macrosocial, también debemos

reconocer que por lo menos una parte de las relaciones microsociales están expresando procesos macrosociales. Desde esta perspectiva no debiera pensarse lo micro y lo macro como excluyentes, sino como complementarios. Por supuesto, esta acotación no niega asumir que la mayoría de las relaciones sociales están pensadas e implementadas en términos microsociales. (Menéndez, 2006, p. 169)

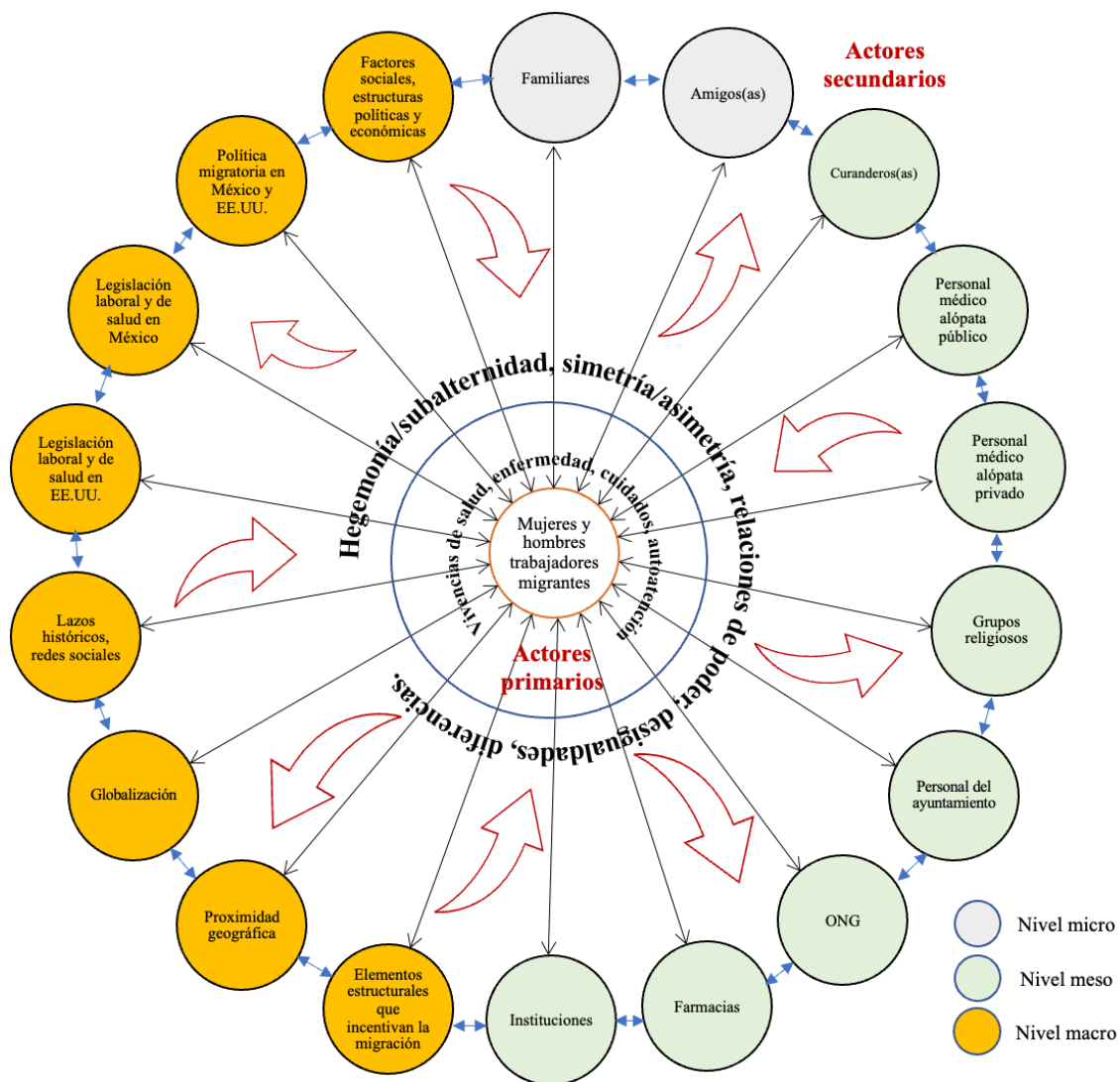
El enfoque relacional propuesto por Menéndez (2012) recupera tanto la articulación de los fenómenos en el contexto global a nivel de las prácticas, como la forma en que operan los procesos económicos, sociales, culturales y económico-políticos. De esta manera se consideran los factores estructurales y microsociales al momento de recoger y analizar los datos. Goldberg (2003), Macías Juárez (2012) y Guerrero Alemán (2013) retomaron en sus investigaciones el enfoque relacional para abarcar dimensiones políticas, culturales, ideológicas, sociales y psicológicas en el análisis, reconociendo que todo acto humano, como es el PSEA opera dentro de un marco de relaciones sociales que constituyen a los conjuntos sociales. Por su parte, Santillanes Allande (2017) si bien utiliza el enfoque relacional, se refiere más a un mecanismo para subsanar sesgos y omisiones, asociado con el hecho de trabajar con el punto de vista del actor.

En esta tesis se recupera el enfoque relacional desde la propuesta de Menéndez (2012) y Goldberg (2003), con la finalidad de observar las relaciones entre los actores en los diferentes niveles (Diagrama 3), lo cual es fundamental para entender la complejidad de los PSEAP de los migrantes de retorno y sus expresiones en cada fase migratoria. Así, como lo plantea Goldberg (2003) se recupera un abordaje integrador holístico-relacional que toma en cuenta la salud laboral junto con los modos de vida y otras variables que son esenciales en los procesos de salud/enfermedad de los migrantes, en este caso de los migrantes de retorno.

Por tanto, en este trabajo de investigación se reconoce el potencial que tiene el enfoque relacional como una herramienta teórico-metodológica que articula dimensiones como las representaciones y narrativas sociales, las prácticas sociales, las relaciones simétricas/asimétricas, la hegemonía/subalternidad y las estructuras de significados (Diagrama 4). El enfoque relacional es congruente con la antropología médica crítica al constituir una perspectiva compleja que incluye los diferentes aspectos culturales, sociales, económicos, políticos y ecológicos que intervienen en los procesos de salud y enfermedad, desde los niveles macro de los grupos sociales y a nivel individual.

Diagrama 3

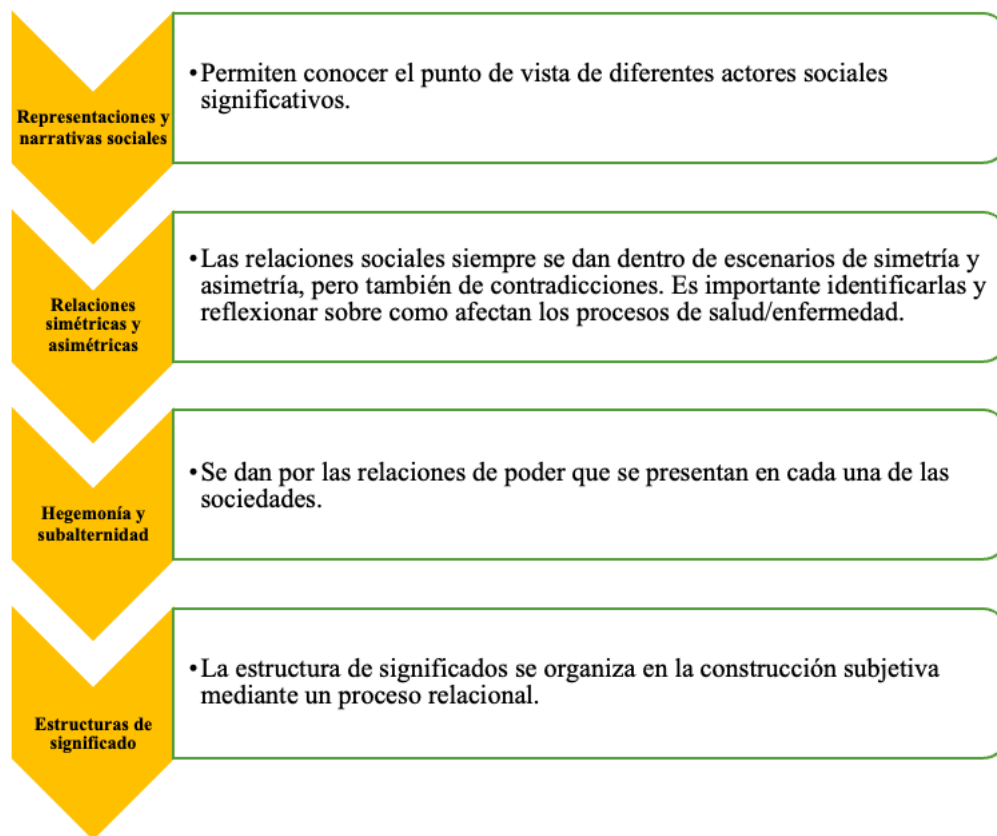
Actores sociales y factores estructurales dentro del enfoque relacional involucrados en los PSEAP



Fuente. Elaboración propia.

Diagrama 4

Dimensiones del enfoque relacional de la antropología médica



Fuente. Elaboración propia con base en Aguirre (2016), Menéndez (1990, 2006, 2012 y 2016).

Antropología Médica Crítica y Condicionantes Estructurales de la Salud. Desde una perspectiva socio-antropológica, los condicionantes estructurales de la salud y la enfermedad están influenciados por factores, agentes y elementos que de una manera u otra interactúan y repercuten en los PSEAP de la población en general. Estos condicionantes estructurales de la salud y la enfermedad no se restringen exclusivamente a causas, agentes o factores de tipo occidental biomédico como se comprende desde los determinantes sociales de la salud.³ Por ello, como se ha señalado, la finalidad de la antropología médica es tomar

³ Los determinantes sociales de la salud son definidos por la OMS como los: «Determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución de poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. La expresión determinantes

en cuenta las múltiples causas, motivos, atribuciones de los sujetos dependiendo de donde vengan, así como el punto de vista de los actores sociales y las estructuras socioculturales (Goldberg, 2020).

Dentro de la antropología médica, en especial la crítica se busca interpretar a la sociedad y a su historia, dejando claro lo indispensable del enfoque interpretativo histórico-social. Parte, aunque no necesariamente, de «conceptos centrales del materialismo histórico para explicar el carácter social de la realidad sanitaria, reflexionando sobre los retos necesarios para la construcción de una sociedad más equitativa en materia de salud» (Benítez Ampudia, 2010, p. 2).

Asimismo, es importante mencionar que la antropología médica crítica por su carácter holístico y relacional toma en cuenta todos los sistemas médicos, inclusive el biomédico hegemónico, aunque critica algunos aspectos que éste plantea desde los determinantes sociales de la salud con respecto a los individuos. Poco se interesa en la perspectiva del actor, en la cultura y las tradiciones, convirtiendo a los sujetos, como diría Menéndez (2023), en unos títeres de dichos determinantes. Ante esto, es importante destacar que estos determinantes aportan a la comprensión de los procesos de salud/enfermedad, pero las personas y los grupos sociales toman decisiones, construyen y actúan frente a escenarios que no les son favorables, según sus posibilidades económicas, políticas, sociales y culturales.

Se destacan 7 tipos de factores condicionantes de la salud/enfermedad (WHO, 2010; Castro, 2010; Goldberg, 2020):

- 1) *De tipo ambiental*, relacionados con aspectos como la geografía, ecología, clima, calidad del agua y aire, y los productos consumibles, los cuales están influenciados por la globalización y generan diversos problemas de desigualdades sociales.
- 2) *Agentes físicos* como el ruido, las temperaturas extremas, radiaciones, electricidad.
- 3) *Agentes químicos*, que tienen que ver con diferentes tipos de tóxicos, biotoxinas, cáusticos, metales, solventes, gases, plaguicidas, fertilizantes.

sociales resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud» (OMS, 2009, p. 1).

- 4) *Factores biológicos*, relacionados con el sexo, la constitución genética, la edad, la etnicidad, estado nutricional, vulnerabilidad al estrés, las infecciones, la fisiología y metabolismo, los medicamentos.
- 5) *Factores materiales* como el ingreso económico, las condiciones de trabajo, alimentación, vivienda, educación, entorno social, transporte, servicios de salud, clase social, estatus migratorio, género.
- 6) *Factores conductuales y psicológicos-sociales* relacionados con los modos de vida (estilo de vida, hábitos alimenticios, actividad física, prácticas de salud, adicciones, prácticas sexuales, estatus social, redes sociales, participación social).
- 7) *Factores culturales*, afines con las concepciones y prácticas que tienen los individuos acerca de la salud/enfermedad desde el lugar de origen. Involucra temas como las creencias en salud, modelos explicativos de la enfermedad, roles culturales asociados con cada proceso de enfermedad/malestar, la experiencia del padecimiento, la etnicidad-cultura, la adscripción religiosa, así como el género, la generación etaria, el contexto migratorio y el ciclo de vida (Diagrama 5).

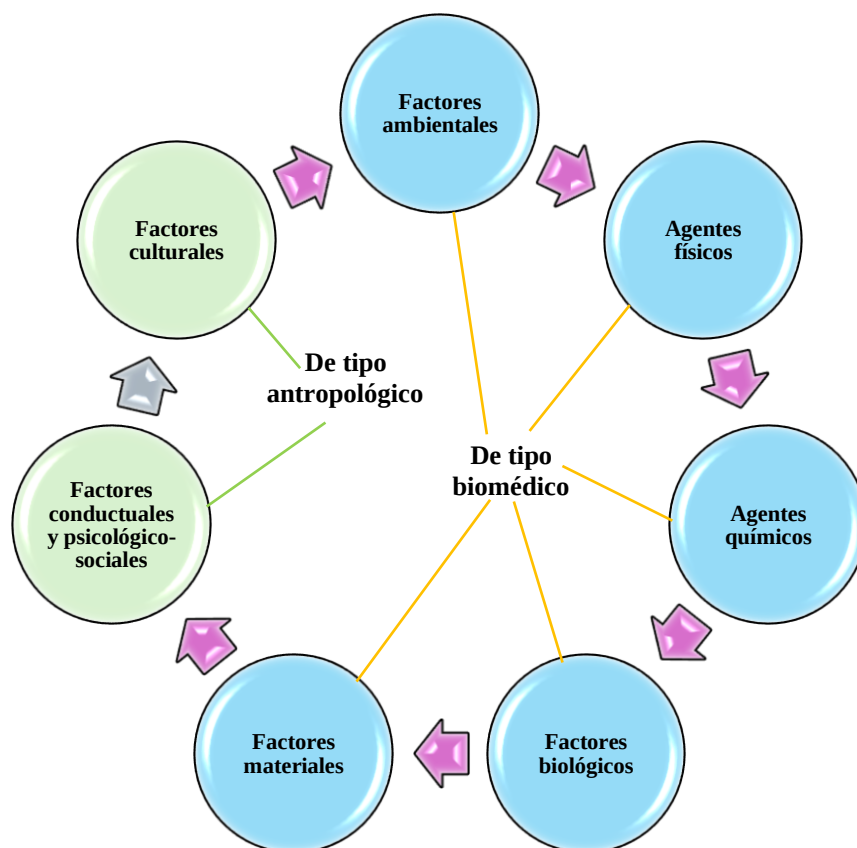
Estos factores condicionantes de la salud/enfermedad permiten explicar las experiencias vividas por la población migrante que en Estados Unidos vivió, trabajó e interactuó con diferentes actores y componentes físicos, biológicos, materiales, culturales y de otra índole. Por ejemplo, el estatus migratorio como condición de desigualdad estructural sitúa a estas personas en desventaja, por lo que repercute en sus modos de vida, como en sus PSEAP, motivando la búsqueda de otras opciones de atención al no contar con seguro médico. En otras palabras, los servicios de salud, desde una perspectiva estructural condicionan al acceso por parte de algunas personas, pero esto no significa que no acudan a otro sistema médico para atender sus padecimientos y malestares. Por ello, como lo menciona Goldberg (2020), es de vital importancia identificar la red causal de factores para determinar de manera compleja, holística, relacional e integral una situación específica de salud.

Conceptos Centrales de la Antropología Médica. En la antropología médica se distinguen distintos conceptos para el análisis de los PSEAP, de los cuales se recuperan los articulados con la problemática de salud/enfermedad de la población migrante retornada o

deportada: modelos de atención médica, hegemonía/subalternidad, modos de vida, violencias e itinerario terapéutico.

Diagrama 5

Condicionantes estructurales de la salud/enfermedad



Fuente: Elaboración propia con base en Goldberg (2020), WHO (2010) y Castro (2010).

Modelos de Atención Médica. De acuerdo con Menéndez (1983), los modelos médicos son:

Aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los “curadores” (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento. (p. 4)

Son 3 los tipos relacionados con estos modelos de atención: Modelo Médico Hegemónico (MMH), Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS) y Modelo de Atención basado en la Autoatención (MAAU).

a) El MMH es:

El 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, p. 451)

Menéndez argumenta que el MMH incluye «tres submodelos: modelo médico individual privado, modelo médico corporativo público y modelo corporativo privado» (1983, p. 102). El autor sostiene que estos 3 modelos comparten rasgos estructurales, como el biologismo, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, asimetría en la relación médico paciente y una ideología científica que pone de manifiesto la exclusión de otros modelos de atención. De igual forma resalta una estructuración jerarquizada, el burocratismo, así como el actuar sobre el «el medio» (1983, p. 102) y no en los sujetos, y constituir subprofesionales controlados.

b) MMAS está conformado por las prácticas reconocidas como «tradicionales», pero también prácticas alternativas que se van constituyendo como dominantes que no proceden del pasado, sino que se derivan o emergen del MMH, sintetizándose y transformando las llamadas prácticas tradicionales (Menéndez, 1983, p. 102). Se incluyen prácticas como la medicina ayurvédica, la acupuntura y la herbolaria china, así como las prácticas espiritistas. De acuerdo con Menéndez (1983), un análisis procesual permitiría determinar los rasgos compatibles entre este modelo y el MMH, lo que sugiere entender la salud/enfermedad como un proceso, no como modelos aislados.

c) MAAU se fundamenta en el diagnóstico y atención realizado por la propia persona, o personas inmediatas, en el cual no actúa directamente un curador profesional (Menéndez, 1983). Así mismo, este:

Modelo es estructural a toda sociedad, suponiendo el primer nivel real de atención; está en la base de todos los anteriores y su estructuralidad se basa en las funciones no solo curativas, sino sobre todo socioeconómicas que cumple para los grupos en que opera. (1983, p. 104)

Entre sus características está la participación simétrica y homogeneizante, con una concepción basada en la experiencia y donde existe una apropiación tradicional de las prácticas médicas. En el caso particular de los migrantes de retorno de Tenancingo, el análisis

de los modelos de atención médica resulta prioritario, pues los modos de vida en cada fase o momento del proceso migratorio expresan condiciones particulares que propician distintos problemas de salud/enfermedad y de atención a lo largo de sus historias de vida. De ahí la pertinencia de conocer el contexto histórico-sociocultural y el entorno en el que han estado inmersos estos sujetos, con la finalidad de comprender las razones y circunstancias que participan del uso de uno u otro modelo de atención de sus padecimientos.

Hegemonía/Subalternidad. La dupla conceptual de hegemonía/subalternidad hace referencia a:

La existencia de desigualdades estratificadas, pero incluyendo como parte sustantiva de las mismas a los procesos socioculturales que operan favoreciendo la cohesión/integración, opacando las causales que establecen las desigualdades o promoviendo procesos de oposición o de otro tipo de transacciones, que posibilitan (o impiden) el desarrollo autónomo de sectores subalternos. (Menéndez, 1994, p. 73)

Como menciona Goldberg (2003, p. 170), el término de hegemonía, referido a los análisis gramscianos, resulta importante, «ya que incorpora la consideración de las relaciones de poder histórica y socialmente constituidas en el campo de las respuestas al proceso de salud/enfermedad/atención». En esta investigación también se recupera esta dupla conceptual para explicar que los PSEAP pueden estar influenciados por las relaciones sociales de poder, por ejemplo, entre médico/paciente, empleadores/empleados, esposo/esposa, así como entre hombres migrantes, mujeres migrantes y, migrantes y Estados-Nación.

Finalmente, esta concepción de hegemonía/subalternidad es fundamental en la antropología médica crítica y su enfoque relacional, porque alude al tipo de relaciones de poder y desigualdad que cotidianamente se establecen entre los diferentes actores, generando situaciones que pueden afectar los PSEAP de las personas. A partir de lo anterior, algunas expresiones de poder y desigualdad que pueden identificarse entre la población migrante corresponden a las observadas entre empleadores y empleados, prestadores de servicios de salud y usuarios, esposo y esposa, así como entre hombres y mujeres migrantes.

Modos de Vida. El concepto de modos de vida es clave en esta investigación. Surgió en la sociología urbana, en la Escuela de Chicago en los años 30 del siglo pasado ante las preocupaciones por entender la vida social de los sujetos en el ámbito citadino y rural (Lindón

Villoria, 1999). Ha sido un término ampliamente discutido por la pluralidad de significados que tiene y que dificultan su comprensión (Bastos Braga, Carvalho Fiúza y Almeida Remoaldo, 2017).

Una primera definición es ofrecida por autores como Bagès et al. (1984) quienes sostienen que los modos de vida son la expresión, en términos de representaciones y prácticas, de las condiciones de vida de los sujetos y los grupos. Sin embargo, los múltiples significados que toman las condiciones de vida dificultan su descripción. Una segunda definición pone énfasis en el carácter estructural de los modos de vida (económico, político, social, cultural). En este caso, la complejidad se tiene cuando se relaciona (Linton, 1968, como se citó en Bagès et al., 1984) con el sentido de lo que es significativo en una cultura o lengua, y que no lo es para otra en particular. Una tercera definición hace referencia a que:

Los modos de vida no se consideran como una estructura sino como una *estructuración*: es el conjunto de los procesos de organización de las respuestas de los actores sociales (individuos o grupos) a sus condiciones de vida; es la forma en el que el actor produce su vida a partir de lo que el entorno le ofrece. Es la forma en que el actor produce su vida a partir de lo que la vida ha hecho de él; es la forma en que un individuo o un grupo situado en un universo de limitaciones y recursos organiza sus actividades según un modelo de vida. (Bagès et al., 1984, p. 63)

Es así como el modo de vida se presenta como una combinación relativamente acertada de normas, mismas que no son automáticas, sino que se basan:

En un conjunto de informaciones y valores según los cuales el actor no sólo combinará de manera específica las regulaciones de su sistema de actividades, sino que también, en cierta medida, elegirá tal o cual restricción, buscará tal o cual recurso: horarios de trabajo, formas de vivienda, relaciones sociales. (Bagès et al., 1984, p. 64)

Para autores como Vargas-Arenas (1985) y Boltvinik (1986), desde una visión marxista, es a través de los modos de vida que se entiende la formación social, los sistemas productivos en donde se incluye el medio y los objetos de trabajo, así como las características del ambiente, en el cual se manifiesta la cultura. Para fines de esta investigación, los modos de vida son condiciones, representaciones y prácticas que se forman y expresan en sistemas productivos y socioculturales tanto en México como en Estados Unidos, lo que puede sugerir diferencias notables en los modos de vida de los migrantes mexiquenses.

Por su parte, González Pérez (2005) sostiene que, en el plano individual, los modos de vida están influidos por la escolaridad, la ideología, la ocupación, los valores, las tradiciones, la jerarquía, el carácter. En tanto que Guerra (1993, como se citó en Bastos Braga, Carvalho Fiúza y Almeida Remoaldo, 2017, p. 371) propone que para analizar los modos de vida se deben tomar en cuenta 3 dimensiones, «el sistema y los actores sociales, la historia y vida cotidiana y lo objetivo y subjetivo de la percepción de la realidad»; las cuales deben de:

Articularse de tal manera que se combinen la fuerza de la estructura con la posibilidad de acción individual, el nivel de la vida cotidiana articulado con lo económico, político, cultural, así como las redes de poder que se establecen en las articulaciones entre las diferentes esferas sociales. (p. 371)

De igual forma, Lindón Villoria (1999, p. 8) asegura que en el «modo de vida se incluyen las respuestas de los individuos a las condiciones de vida». Con lo dicho hasta aquí, se puede decir que el concepto de modos de vida es una noción multidimensional, dinámica en el tiempo y que se relaciona con las vivencias individuales, familiares y comunitarias. Las dimensiones que usualmente se destacan para estudiar los modos de vida son el trabajo, la vida familiar y el consumo (Lindón Villoria, 1999).

Sobre la complejidad de este concepto, en esta investigación cabe advertir la importancia de señalar que estilo de vida no es sinónimo de modos de vida. Gonçalves (2004) expresa que los modos de vida se dividen en 2 aspectos: uno relacionado con las condiciones de vida y el otro con el estilo de vida. El primero corresponde a los determinantes y condiciones de vida de la sociedad, en tanto que el estilo de vida responde a las singularidades presentes en las personas y en pequeños grupos, «englobando los hábitos, normas y valores expresados por los individuos» (como se citó en Bastos Braga, Carvalho Fiúza y Almeida Remoaldo, 2017, p. 375).

En tal sentido, la cultura reviste importancia como componente estructural de los modos de vida, en tanto define el estilo de vida a partir de los conocimientos, valores y prácticas de las personas (Bastos Braga, Carvalho Fiúza y Almeida Remoaldo, 2017). En este orden de ideas, Castro (2003) expone los modos de vida como «una expresión del universo cultural absorbido por el individuo, mientras que el estilo de vida estaría más restringido, dependiendo de la clase social, el género y la generación» (como se citó en Bastos Braga,

Carvalho Fiúza y Almeida Remoaldo, 2017, p. 376). Así pues, los modos de vida retoman esta parte estructural, al tiempo que ponen el acento en las particularidades individuales de los sujetos, incluido el estilo de vida.

Para fines de esta investigación, se recupera la multidimensionalidad a la que se refiere Lindón Villoria (1999), así como el concepto de modos de vida que establece para destacar las dimensiones globales de trabajo y vida familiar, incluyendo también el consumo por tratarse de un componente fundamental en los estudios con población migrante.

En síntesis, este trabajo de tesis toma en consideración algunos aspectos específicos de los modos de vida como son la vivienda, hábitos alimenticios, tiempo libre y recreación, diario vivir en Estados Unidos, condiciones de trabajo, trayectoria migratoria, prácticas transnacionales, estilo de vida, redes sociales e itinerario terapéutico. Por tratarse todos de elementos que pueden influir directa o indirectamente en los PSEAP de la población migrante. Como sugiere Lindón Villoria (1999), se busca dar sentido a las acciones cotidianas de las personas, así como a sus prácticas y representaciones, en las que los modos de vida se cruzan con los procesos históricos de la cotidianidad de las personas.

De esta manera, con el análisis de las narrativas de los migrantes tenancinguenses entrevistados se pondrá el acento en dichos aspectos de los modos de vida y sus particularidades en cada una de las fases migratorias, resaltando la propia voz y subjetividad de éstos para identificar las prácticas que pudieron afectar los PSEAP y/o mejorar su estado de salud y de bienestar personal y social.

Múltiples Violencias. De acuerdo con la OMS (2018c), la violencia es:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (p. 3)

Existen varios tipos de violencia que se han convertido en un problema social, dentro de las que se destacan las violencias física, psicológica, económica, sexual y simbólica.

1) *Violencia física*: «Comprende un patrón de conductas que se llevan a cabo con la intención de causar daño físico, dolor o lastimar a otra persona de manera intencional» (Hoff, 1994, como se citó en Saltijeral, Ramos y Caballero, 1998, p. 14). Estas conductas suelen ser

frecuentes, desde acciones de violencia leves hasta actos más severos que registran el uso de armas (Saltijeral, Ramos y Caballero, 1998). Es la violencia que con mayor facilidad se reconoce por las señales marcadas en el cuerpo, mismas que pueden ser permanentes.

2) *Violencia psicológica:*

Consiste en provocar miedo a través de la intimidación; en amenazar con causar daño físico a una persona, su pareja o sus hijas o hijos [...] en someter en una persona a maltrato psicológico o en forzarla a aislarse de sus amistades, de su familia, de la escuela o del trabajo. (ONU Mujeres, 2020, p. s.n.)

Dentro de la violencia psicológica no se presentan golpes, solo se requiere de la intimidación, devaluación o manipulación (Saltijeral, Ramos y Caballero, 1998).

3) *Violencia económica o patrimonial:*

Es la acción u omisión que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de cualquier persona, a través de: la perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de los bienes; la pérdida de sustracción, destrucción, retención o apropiación indebida del objeto, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales; la limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna; así como la evasión del cumplimiento de sus obligaciones alimentarias; la limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea dentro de un mismo lugar de trabajo. (Pretell Díaz, 2016, p. 84)

4) *Violencia sexual:*

Es cualquier acto de naturaleza sexual cometido contra la voluntad de otra persona, ya sea que esta no haya otorgado su consentimiento o que no lo pueda otorgar por ser menor de edad, sufrir una discapacidad mental o encontrarse gravemente intoxicada o inconsciente por efecto del alcohol o las drogas. (ONU Mujeres, 2020, p. s.n.)

Este tipo de violencia le puede suceder a cualquier tipo de persona, donde los perpetradores pueden ser conocidos, familiares o desconocidos.

5) *Violencia simbólica:* El término de violencia simbólica fue propuesto por el sociólogo francés Pierre Bourdieu, para aludir a que:

Todo poder de violencia simbólica, o sea, todo poder que logra imponer significados e imponerlas como legítimas disimulando las relaciones de fuerza en que se funda su propia fuerza, añade su fuerza propia, es decir, propiamente simbólica, a esas relaciones de fuerza. (Bourdieu y Passeron, 1996, p. 44)

Dicho de otra manera, es aquella violencia que no se basa en la fuerza física, sino más bien en una imposición de poder y autoridad, cuyas expresiones pueden ser tan tenues y poco notorias, que suelen ser aceptadas por el opresor y el sometido.

Aunado a las anteriores formas de violencia, hay que tomar en cuenta la «violencia estructural» (Castro y Farmer, 2003, p. 30), que se ejerce especialmente sobre los pobres y encuentra sus bases en las fuerzas históricas, creadas principalmente por los procesos económicos. Dichas formas de violencia son expresadas a través del «racismo, sexismo, violencia política, pobreza y otras desigualdades sociales». En este sentido, la violencia estructural influye en la capacidad que tienen las personas para tomar decisiones acerca de sus vidas. De igual forma, este tipo de violencia tiene la particularidad de que no se distingue con facilidad desde el exterior:

Primero, porque el sufrimiento de las personas distanciadas por la geografía, el origen social o la cultura nos afecta menos de forma inmediata. En segundo lugar, el peso del sufrimiento, por lo general vivido por las personas “sin voz”, es difícil de percibir. Asimismo, a la conciencia de las personas con medios pocas veces le afecta la violencia sufrida por los pobres, incluso si el sufrimiento de éstos suele tener una relación directa con la abundancia de los otros. Por último, la dinámica y la distribución del sufrimiento todavía son grandes desconocidas. (Castro y Farmer, 2003, p. 30)

Así pues, dentro de las relaciones sociales de hegemonía/subalternidad y de relaciones de poder se gestan algunas de estas violencias, como el maltrato de los empleadores a los trabajadores migrantes, de los migrantes a sus esposas, por ejemplo, de violencia de género conyugal, además de la violencia estructural que ejercen los gobiernos al no generar trabajos decentes, condiciones de vivienda dignas, acceso efectivo a servicios de salud y en términos generales, la protección de los derechos humanos de las poblaciones migrantes.

Desde esta perspectiva, en esta investigación se exploran los diferentes tipos de violencia vividos por las personas migrantes de retorno y que repercuten en sus PSEAP, por lo que es posible argumentar que la violencia se posiciona como un factor que produce diferentes estados de vulnerabilidad y situaciones de riesgo a partir de condiciones específicas presentes en las etapas del proceso migratorio, que generan afectaciones en la salud física y mental de las personas migrantes.

¿Trayectoria de la Carrera del Enfermo o Itinerario Terapéutico? Los conceptos de la trayectoria de carrera del enfermo, los itinerarios terapéuticos, las trayectorias de padecimientos y atención, trayectorias de búsqueda de atención, trayectoria de atención y trayectoria de la enfermedad, pudieran ser considerados como sinónimos en los estudios sobre los PSEAP. Sin embargo, en cada una de las investigaciones se hace referencia o se adopta de manera particular alguno de ellos. Por ejemplo, Osorio Carranza (2001) se refiere a la carrera del enfermo y la trayectoria de búsqueda de atención. Para Freidson (1978), la carrera del enfermo es: «una secuencia de acontecimientos sociales [que] podemos definir por los roles e imputaciones que el individuo experimenta en el curso de su paso a través de distintas entidades de control social, ya sean médicas o de otro tipo» (como se citó en Osorio Carranza, 2001, p. 40).

No obstante, la noción de carrera del enfermo si bien hace referencia a lo que experimentan los sujetos, pareciera que está supeditada al control de las instituciones de diferente tipo, lo que resulta limitativo a partir de lo que se sostiene en esta tesis, en tanto que lo que se busca es analizar los PSEAP desde el punto específico de la población migrante, de sus experiencias y de su sentir. Por su parte, Mechanic (1981) expresa que la carrera del enfermo se basa más en un sentido descriptivo de la trayectoria que los sujetos siguen en la búsqueda de alivio o remedio de algún dolor:

La carrera describe la manera en que las personas monitorean sus cuerpos, definen sus síntomas, toman acciones para remediarlos y utilizan los sistemas de atención a la salud. La gente percibe, evalúa y responde diferencialmente al padecimiento y tales conductas tienen una enorme influencia en la manera en la que el padecimiento interfiere con sus rutinas cotidianas, la condición de cronicidad, el logro de un cuidado apropiado y la cooperación del paciente en el tratamiento de la condición. (como se citó en Good, 2003, p. 42)

El abordaje que plantea Mechanic (1981, como se citó en Good, 2003), pone el acento en la carrera del enfermo a partir del punto de vista de la propia persona que se enferma, por lo que supera la noción institucional expresada por Freidson (1978, como se citó en Osorio Carranza, 2001). En este sentido, Macías Juárez (2012) sostiene que estas 2 definiciones –la institucional e individual– cruzan aspectos de la carrera del enfermo que es importante incorporar en estudios que centren su atención en la descripción y análisis de una trayectoria de búsqueda de atención:

Por un lado, la estricta y pragmática búsqueda de atención, que para el paciente significa la obtención de un estado de salud o bienestar interrumpido por su incursión en un cuadro clínico que le ha causado un malestar o dolor de forma temporal o permanente; proceso en el cual el propio paciente participa activamente. Por otro lado, la aproximación a la “carrera” de Freidson enfatiza el control social que las instituciones efectúan sobre el sujeto que padece, lo cual le somete al cumplimiento de diversos roles en el camino a la consecución de la mejoría o el término del estado de deterioro. (Macías Juárez, 2012, p. 100)

De acuerdo con Macías Juárez (2012), estas 2 enunciaciones permiten construir una definición más precisa e incluyente de los elementos que hacen parte de la carrera del enfermo. A pesar de ello, este autor utiliza términos como la trayectoria de la búsqueda de atención, la trayectoria del padecimiento y la trayectoria de la atención; por lo que, parece no tomar una postura bien definida sobre el término que explique cómo se desarrollan los PSEAP en cada sujeto.

Por otro lado, Goldberg (2003) utiliza en su tesis doctoral, el concepto de itinerario terapéutico para referirse a los diferentes factores que interactuaron en los procesos de «duelo» migratorio, sobre todo en la parte psíquica de la salud/enfermedad, como también los mecanismos de respuesta que los migrantes senegaleses han puesto en práctica para hacerles frente. En este caso, la noción de itinerario terapéutico resulta pertinente dado que las características de su población de estudio tienen la particularidad de practicar un tipo de modelo de atención médico que dista del occidental, lo que sugiere que la búsqueda de la atención de la salud entre los migrantes senegaleses está supeditada a varios tipos de medicina.

Al concepto de itinerario terapéutico se refiere también Pasarín (2011), para describir y analizar los procesos terapéuticos, tanto individuales como colectivos, involucrados en la búsqueda de la salud. Un recorrido en donde se toman en cuenta diferentes decisiones y se promueven acciones vinculadas al contexto en el que se produce el padecimiento. Es decir, por medio de los itinerarios terapéuticos es que se logra visibilizar y representar esta secuencia de actividades que se adoptan en el proceso de búsqueda y solución del padecimiento por parte de los propios actores sociales. Pasarín (2011) sostiene que la construcción de estos itinerarios permite comprender los discursos y prácticas en diferentes lógicas, las cuales son resultado de las propias experiencias.

Por su parte, Santillanes Allande (2017) también utiliza este concepto en su tesis doctoral, en donde describe el episodio depresivo de las migrantes mexicanas en Estados Unidos, el problema con el que se relaciona y lo que hicieron para salir de tal depresión. La autora encuentra que el itinerario terapéutico fue determinante en su investigación porque le permitió captar diferentes eventos, situaciones, sentimientos y atribuciones que las informantes trataban de expresar acerca de su padecimiento, explicando los problemas que habían tenido que atravesar y enfrentar. Dicho de otra manera, para Santillanes Allande (2017)

El itinerario terapéutico fue una herramienta que permitió reconstruir los episodios de enfermedad para conocer, describir y analizar las formas de atención, prácticas realizadas, recursos de los que disponían y estrategias que debían desarrollar las mujeres migrantes de México, para resolver sus problemas de salud mental. (p. 411)

En suma, en esta investigación se adopta el concepto de itinerario terapéutico utilizado por Goldberg (2003), Pasarin (2011) y Santillanes Allande (2017) a fin de identificar el proceso a través del que la mujeres y hombres migrantes de retorno a Tenancingo, construyeron diferentes sucesos de salud/enfermedad, así como sus prácticas, medios o alternativas de solución a sus padecimientos. Con ello se avanza en la construcción de los PSEAP, aunque queda el reto de analizarlo incorporando tanto la mirada de la persona, como los diferentes actores que intervienen en éstos. La apuesta en este trabajo de investigación, como se muestra en los hallazgos empíricos, es plantear una construcción holística y relacional que visibilice tanto el control social institucional, como los condicionantes estructurales de la salud.

Para ello, se recuperan los siguientes 5 puntos (Diagrama 6):

1) *Detección del padecimiento/enfermedad*. Se refiere a la presencia de algún síntoma que signifique un desequilibrio en el cuerpo, causando un sentimiento de malestar que no permite que la persona este en óptimas condiciones de salud. Aquí adquiere relevancia el ciclo de vida y las fases migratorias, porque es posible observar los momentos de vida en el que se presentaron estos problemas de salud.

Diagrama 6

Itinerario terapéutico de los PSEAP de la población migrante de retorno



Fuente. Elaboración propia con base en Goldberg (2003), Pasarin (2011) y Santillanes Allande (2017).

2) *Posibles causas del padecimiento/enfermedad.* Este componente será útil para destacar las causas atribuibles a los problemas de salud a partir del punto de vista de las propias personas migrantes y de los contextos en los que vivieron dichos padecimientos.

3) *Síntomas de acuerdo con las representaciones.* A partir de este punto se precisará la forma en que los migrantes construyen, viven y sienten sus problemas de salud. Esta parte es fundamental, porque la percepción de sus problemas de salud influye en la identificación de las estrategias de atención que cada sujeto emplea.

4) *Tipo de atención de acuerdo con los recursos disponibles y creencias.* Resalta las diferentes estrategias y prácticas que utilizaron y utilizan las personas migrantes para atender sus problemas de salud. Como lo señala Pasarin (2011), conocer la secuencia de las

actividades realizadas en la búsqueda y solución de los padecimientos por parte de los propios actores, tomando en cuenta tanto las condiciones económicas como la accesibilidad a los servicios de salud, las creencias y tradiciones que forman parte de su cosmovisión cultural.

Por último, 5) *Satisfacción con el tratamiento/cambio del tipo de atención*. Dentro de la atención de los problemas de salud, es necesario conocer la efectividad del tratamiento, o bien, en caso de haber sido útil, identificar las decisiones tomadas en torno a los cambios que tuvieron las medidas de atención en la búsqueda por resolver los problemas de salud. En este sentido, es trascendental conocer todas las prácticas de atención que estuvieron detrás de los padecimientos, ofreciendo, como ya se mencionó, una construcción holística y relacional en cada uno de los eventos.

Enfoque Interseccional y PSEAP

La perspectiva de la interseccionalidad, surgida en los estudios de género, fue una nueva mirada introducida en 1989 por la abogada afro estadounidense Kimberlé Crenshaw, presentada en la Conferencia Mundial contra el Racismo en Sudáfrica en 2001 (Crenshaw, 1995). La autora consideraba que había categorías como la raza y el género que se interseccionaban e influían en la vida de los sujetos. Crenshaw argumentaba que el racismo no tenía las mismas implicaciones en los hombres que en las mujeres negras, y que en las mujeres blancas. En este sentido, partía de una estructura primaria formada por la raza, el género y la clase social, a la que se le podría agregar otro tipo de desigualdades (Expósito Molina, 2012).

Por otro lado, el enfoque interseccional ha sido útil para superar la conceptualización de las desigualdades socio raciales como consecuencia de la suma de diferentes criterios de discriminación de las mujeres (Dorlin, 2008, como se citó en Viveros Vigoya, 2016). Desde un enfoque sociológico, también ha permitido ir más allá del análisis de una sociedad clasista, racista y sexista tomando en cuenta no solo a mujeres negras pobres, sino, considerando también a los hombres, que en algunos casos son más expuestos que las mujeres a ciertas formas de arbitrariedad, por ejemplo, los controles policiacos en Estados Unidos (Viveros Vigoya, 2016).

Actualmente la mirada interseccional se ha ampliado hacia otros campos temáticos, por ejemplo, a las identidades sociales y dinámicas de poder (Carbado et al., 2013), así como a diversidad de disciplinas como historia, sociología, literatura, filosofía, antropología, estudios feministas, estudios étnicos (Cho, Crenshaw y McCall, 2013). En este sentido, es un enfoque flexible, que aporta al análisis de diferentes contextos, disciplinas y temas. De ahí la pertinencia de la interseccionalidad en esta investigación, particularmente considerando que la población de estudio está cruzada por distintas categorías de estratificación social.

Entre las características del enfoque interseccional destaca el análisis contextual –que es necesario identificar en campo–, en tanto aporta al reconocimiento de las categorías de división social que afectan a la población migrante, al tiempo que permite también la identificación de las personas o responsables políticos vinculados con la problemática de estudio (Yuval-Davis, 2006). El análisis contextual tiene una estrecha afinidad con el enfoque relacional propuesto en la antropología médica, pues ambos refieren el conjunto de actores presentes en el entorno. Además del contexto, es necesario tener en cuenta el marco social, espacial e histórico específico (Magliano, 2015).

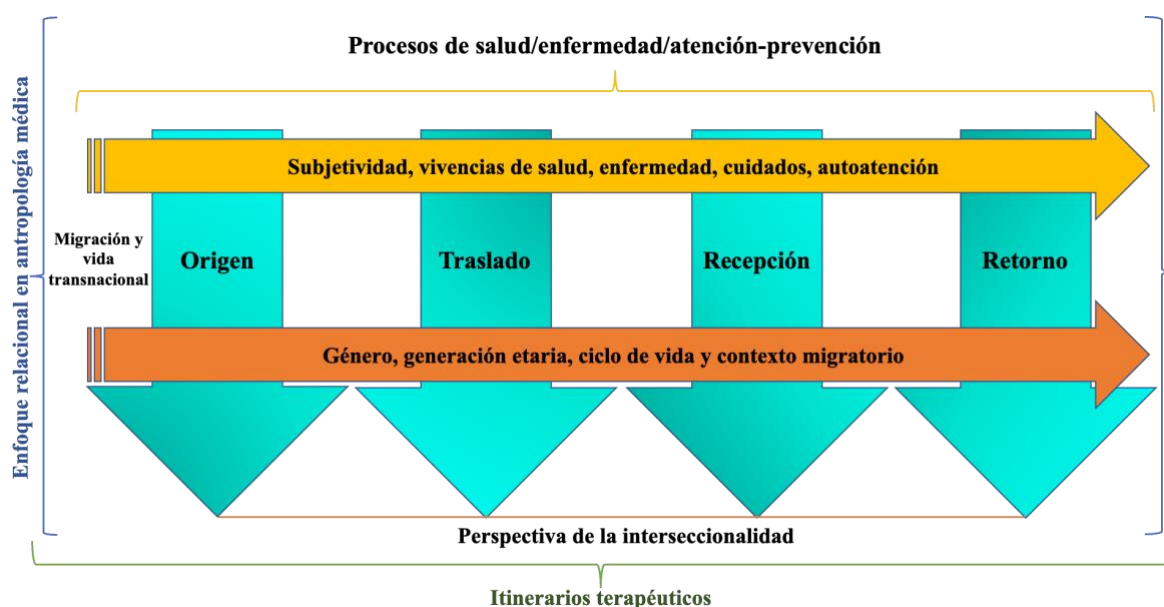
En este sentido, considerando el contexto de las vivencias de las personas migrantes tenancinguenses entrevistadas, son 4 los procesos de intersección y desigualdad que se retomaron para el análisis de los PSEAP de la población migrante: género, generación etaria, ciclo de vida y contexto migratorio (salida y recepción) (Diagrama 7). Así pues, a partir de la perspectiva interseccional en esta tesis se indaga en las vulnerabilidades de salud/enfermedad a las que están expuestos los hombres y mujeres migrantes, durante las diferentes fases del proceso migratorio. Además de señalar que las categorías de división social hacen más propensos a unos que a otros a presentar problemas de salud y enfermedad.

Perspectiva de Género. Entre las diferentes vertientes del enfoque de género, la antropológica representada por Lagarde (1996), habla de antropología de las mujeres y define el género como una construcción simbólica que asigna atributos específicos a las personas según su sexo. Por otro lado, Butler (1999), desde una perspectiva estructuralista, considera el género como una construcción social que se centra en discursos y prácticas que rigen una normatividad dentro de la sexualidad; la autora propone desestructurar el género. Para Wharton (2005), desde la sociología, el género consiste en un sistema de prácticas sociales y

no de discursos; además de reflexionar cómo se construye lo femenino y lo masculino, se analizan las prácticas sociales que se crean y se mantienen por medio de las distinciones de género. Así mismo, Moncó (2011), también desde la antropología, entiende al género como una diferencia sexual entre hombres y mujeres; además de fundamentar que la mujer se construye en el *Otro* del hombre, y viceversa, como si fuera un espejo. Es como si el género se transformara en una especie de máscara. Postura que es compartida por Butler (1999); pues, para ambas autoras el género se actúa.

Diagrama 7

El enfoque relacional como eje de integración de los PSEAP: la antropología médica, el enfoque transnacional y la mirada interseccional



Fuente. Elaboración propia.

A partir de lo anterior, en esta tesis se adopta la perspectiva de Wharton (2005, p. 7), quien define el género como un «sistema de prácticas sociales», en donde el sistema crea y mantiene distinciones de género y «organiza relaciones de desigualdad sobre las bases de [estas distinciones]». Esta definición toma en cuenta 3 características: 1) el género se produce y reproduce continuamente; 2) el género no es simplemente una característica (atributos) de los sujetos, sino que ocurre en todos los niveles de la estructura social; y 3) el género se refiere a su importancia en la organización de las relaciones de desigualdad, a nivel micro y macrosocial. Wharton (2005) propone una visión integral para entender la creación y

recreación del género, compuesta por 3 marcos analíticos que se complementan: 1) una perspectiva individual centrada en las identidades, 2) un enfoque relacional con énfasis en las relaciones de poder e interacciones entre los géneros, y 3) las instituciones sociales (nivel macroestructural), el Estado, la familia y las organizaciones.

Asimismo, para Wharton (2005) es importante trabajar de manera simultánea con estas 3 perspectivas para comprender que el género da forma y significado a los sujetos, a las interacciones sociales y a las instituciones sociales. En este sentido, no se entendería completamente el mundo social sin que se tome en cuenta el género, y viceversa.

La perspectiva de género en esta investigación se recupera, por ejemplo, cuando los hombres migrantes en su papel de proveedores toman la decisión de emigrar hacia Estados sin considerar la decisión de sus esposas. Otro ejemplo se distingue, en las oportunidades y tipos de empleo para hombres y mujeres según la estructuración del mercado laboral definida por la diferenciación por género, y no por la capacidad que ambos tienen para desarrollar ciertos trabajos. A partir de esta división se plantea que los hombres migrantes se desempeñan generalmente en el campo y la construcción, mientras que las mujeres en el trabajo doméstico, la limpieza de hoteles, el cuidado de niños y de personas adultas mayores.

Esta lógica se expresa también en los modelos de atención médica, en relación con la diferenciación del trato que reciben las mujeres y los hombres, particularmente en temas de salud ocupacional en los lugares de trabajo. Al respecto, Goldberg (2013) en su investigación sobre migrantes bolivianos que trabajaban en talleres de costura clandestinos en Sao Paulo y Buenos Aires encontró que, las mujeres migrantes, a diferencia de los hombres, tenían una mayor carga de trabajo: trabajar como costurera, en el cuidado de los hijos y muchas de las veces en la preparación de alimentos antes y después de la jornada de trabajo, les implicaba levantarse más temprano y acostarse más tarde a fin de organizar lo necesario para el inicio de la jornada laboral diaria y de las actividades del hogar. Situaciones que responden a la división sexual del trabajo dentro de los hogares y del propio mercado laboral.

En este sentido, como argumenta Wharton (2005), se trata de un sistema estructural que ayuda a comprender las desigualdades de género; como un conjunto más complejo de fuerzas y estructuras sociales. Por lo tanto, en esta investigación es importante identificar las desigualdades de género que se presentan en torno a los PSEAP, los modos de vida, los

itinerarios terapéuticos y las esferas de la cotidianidad de la población migrante, tanto a nivel estructural como en la relación con otros actores; pues es posible, por ejemplo, que la mujer descuide su salud en mayor medida ante las múltiples actividades que le corresponde realizar, o bien, por ejemplo, que condicionantes estructurales repercutan en mayor medida en los PSEAP de hombres y mujeres migrantes que han retornado de Estados Unidos al municipio de Tenancingo en un contexto de crisis económica y de salud pública por COVID-19.

Generación Etaria. La generación etaria es importante dentro del enfoque interseccional, pues no es lo mismo emigrar siendo mayor de edad o adulto mayor, que, siendo niños, adolescentes o jóvenes, dado que éstos últimos al ser repatriados, por ejemplo, presentan un mayor estado de indefensión, maltratos y humillaciones que ponen en riesgo el respeto e integridad de sus derechos humanos (Olvera García, Montoya Arce y González Becerril, 2014), lo que puede repercutir en sus PSEAP. Así mismo, ante el hecho de ser menores de edad, durante su trayecto migratorio se encuentran mayormente expuestos a situaciones de tráfico de personas, trata sexual y secuestros (Olvera García, Montoya Arce y González Becerril, 2014).

En el caso de trabajar en Estados Unidos, la niñez y los jóvenes migrantes, hombres y mujeres, pueden enfrentar condiciones de explotación, desigualdad, discriminación; que generan diferentes problemas de salud y enfermedad. En un mismo orden de ideas, los grupos etarios de 18 años y más registran diferencias en las condiciones, contextos y experiencias vividas durante su proceso migratorio, en los trabajos realizados, en su capacidad de aculturación y asimilación, que en todos los casos denotan PSEAP disímiles. Por ejemplo, la edad, la capacidad física y la capacidad mental de un joven de 20 años y de un adulto maduro de 40 o más que emigra por primera vez a Estados Unidos difiere significativamente, lo que trasciende en sus experiencias, trayectos migratorios y problemas de salud/enfermedad. Como se leerá en el capítulo III, entre las personas entrevistadas en Tenancingo se registran casos de sujetos que migraron a Estados Unidos por primera vez siendo jóvenes y retornaron cuando eran adultos.

En un mismo sentido, la experiencia vivida por un migrante que regresa o es deportado a los 20 años dista de quien retorna teniendo 50 años y habiendo vivido en Estados Unidos la mayor parte de su vida, debido a que la reinserción adquiere mayores niveles de

complejidad, por ejemplo, cuando se retorna con un nivel de productividad menor o con un desgaste de salud provocado por las deficientes condiciones de trabajo y otros modos de vida en aquel país del Norte.

En términos generales, la variable edad se recupera en esta investigación, pues de ésta depende la recurrencia y el número de eventos migratorios que repercuten en sus procesos de salud/enfermedad. Como se leerá más adelante, las personas entrevistadas registran diferencias en la edad en la que retornaron o que fueron deportadas de Estados Unidos a México, por lo que, la generación etaria puede influir en las formas en que viven o atienden su salud/enfermedad.

Ciclo de Vida. El ciclo de vida de las personas «pasa por una serie de etapas que, desde el nacimiento, los lleva, inexorablemente a la muerte, una vez pasadas la niñez, la juventud, la madurez y la vejez» (Rodríguez-Becerra, 2012, p. 69). Es algo cambiante, donde nada permanece igual (Belart y Ferrer, 1998). Básicamente, la familia es el eje del ciclo de vida, siendo el fundamento de la vida social y por medio de la cual se transmite la cultura (Belart y Ferrer, 1998), tanto así que Cecchini y Uthoff (2007) señalan que:

El tránsito de las familias a lo largo del tiempo, ha dado origen al concepto de etapas del ciclo de vida familiar, que se refiere a las diversas fases por las que pueden pasar. Estas son la etapa del inicio de la familia, en las que empiezan a nacer los hijos, la de expansión, en las que aumenta el número de hijos, la de consolidación, en las que dejan de nacer los hijos y la de salida, en las que los hijos pasan a constituir hogares distintos. (p. 20)

Como menciona Cobo (2005, p. 633) «la dinámica migratoria y la decisión de migrar están inmersas en una serie de relaciones sociales que se ven reflejadas en las trayectorias individuales y en las distintas etapas del ciclo de vida familiar». Es decir, el proyecto migratorio está forjado de acuerdo con el ciclo de vida en el que se encuentran los miembros de la familia, o dentro del proyecto migratorio también se pueden ir desarrollando cada uno de los aspectos del ciclo de vida.

Es un vaivén de relaciones interpersonales, que cuando por alguna razón se llegan a complicar o deteriorar, causan sufrimiento en la persona que lo experimenta, sobre todo cuando la «comunicación y las relaciones familiares son los factores que más directamente repercuten en la salud, tanto física como psíquica» (Belart y Ferrer, 1998, p. 22). Para propósitos de esta investigación, el ciclo de vida reviste importancia porque la población

migrante se dirige hacia Estados Unidos en diferentes momentos de su vida, lo que propicia procesos de transformación en aspectos como la constitución de la familia, el nacimiento de los hijos y sus PSEAP. De ahí que emigrar siendo joven y aun viviendo con sus padres, es muy diferente que cuando se emigra dejando una familia atrás, esposa e hijos.

De igual manera, los ciclos de vida individuales cobran importancia al analizarlos desde las diferentes fases migratorias, en tanto permite identificar y entender desde la perspectiva interseccional aquellos momentos más vulnerables, que como dicen Belart y Ferrer (1998), afectan la salud de los sujetos.

Contexto Migratorio. El contexto migratorio, sea el de salida o localidad de origen como el lugar de recepción, se destaca también en el marco de un análisis interseccional, pues poco se ha analizado en los estudios de migración de retorno y en la literatura sobre salud y enfermedad. El contexto de salida de la población migrante es diverso, por lo que dicha variedad puede repercutir en los modos de vida y sus itinerarios terapéuticos, así como en el acceso a servicios médicos, trabajo, entretenimiento, medios de transporte y otros aspectos. En otras palabras, las condiciones y características de las localidades propician tanto diferenciación social, como de salud entre migrantes. De los 8 migrantes entrevistados, 4 son originarios del pueblo de Tepetzingo, y los otros 4 son del Barrio La Campana, del pueblo de San Nicolás, de la comunidad de San Antonio Agua Bendita, y de la colonia La Trinidad. Así, puede decirse que el análisis contextual de cada localidad es diferente, aunque todos sean del municipio de Tenancingo.

De igual forma, el contexto de recepción de los migrantes en Estados Unidos también influye en los modos de vida y los itinerarios terapéuticos que viven los tenancinguenses en dicho país. Las ciudades santuario como Chicago favorecen la permanencia y protección de los migrantes indocumentados, como fue en el caso de una de la entrevistadas. Dicha diferenciación y desigualdad social es la que se considera importante retomar en el marco de esta perspectiva interseccional por tratarse de una mirada que permite explicar las diversas condiciones de salud de la población migrante mexiquense, donde, por ejemplo, reconocer el contexto como variable de diferenciación social lleva a considerar que los migrantes que tienen como lugar de recepción los estados del sur de Estados Unidos, posiblemente

enfrentan mayores tensiones, ansiedad u otros problemas de salud mental ante el control y las posturas antiinmigrantes de las autoridades.

Estas formas de división social y sexual que se dan por las relaciones de poder se pueden referir, por ejemplo, a la relación médico/paciente, empleador/empleado, específicamente en el hecho de que los migrantes reciben bajas remuneraciones y no cuentan con prestaciones u otros beneficios por ser indocumentados. Se expresa también cuando las trabajadoras, por ser mujeres, reciben remuneraciones aún más bajas que las de los trabajadores, o bien, cuando los migrantes indocumentados laboran en las ocupaciones más peligrosas, con poca o nula protección, todo lo cual puede influir fuertemente en sus experiencias laborales y sus PSEAP.

En esta investigación, desde la perspectiva interseccional se analizan las categorías de división y desigualdad social que surgen a partir de las relaciones de poder dadas dentro de los PSEAP y en cada fase migratoria, según la subjetividad y experiencias vividas por cada uno de los colaboradores de este trabajo de tesis (Diagrama 7). En suma, estas categorías son fundamentales en el análisis que se realiza en el capítulo III, en la medida en que permite relacionar y comprender la incidencia que éstas tienen en los modos de vida particulares de los migrantes, en algunos casos haciéndolos más vulnerables a determinadas situaciones y limitándolos en el acceso a derechos y oportunidades. De igual forma en el capítulo IV, estas variables de división y desigualdad social contribuyen a explicar los problemas de salud y enfermedades presentes en la población migrante a través de la trayectoria migratoria, al igual que en el capítulo V, permiten comprender los padecimientos más comunes y que cobraron mayor relevancia entre la población entrevistada.

Corriente Transnacional de la Migración y PSEAP

La corriente transnacional de la migración surge en Estados Unidos con el trabajo pionero de Glick Schiller, Basch y Szanton Blanc (1995) sobre migrantes centroamericanos en Nueva York. Las autoras pusieron el acento en los aspectos culturales, para demostrar que lejos de asimilarse a la sociedad de recepción, los migrantes mantenían relaciones económicas, políticas y sociales con el lugar de origen. Estas nuevas relaciones entre el aquí y el allá descansan en la propuesta de conformación de comunidades transnacionales (Castro Neira, 2005).

Una de las características de la corriente transnacional es que pone el acento en la creación de contactos sociales regulares y sostenidos a través del tiempo y más allá de las fronteras nacionales (Portes et al., 1999, como se citó en Cassarino, 2004). Para el transnacionalismo el retorno no constituye el final del ciclo migratorio, pues éste puede continuar. En tal sentido, la migración de retorno es parte de un sistema circular en donde las relaciones sociales y económicas y los intercambios facilitan la reintegración de los migrantes, mientras que transportan el conocimiento, la información y la pertenencia (Cassarino, 2004) entre 2 Estados-Nación.

La corriente transnacional sostiene que los migrantes no se desvinculan de las sociedades de origen, sino que viven de manera simultánea aspectos de sus vidas que tienen que ver con el país de origen, incorporándolo al país de recepción, por lo que su cotidianidad depende de constantes interconexiones entre las fronteras (Rivero, 2018). Otra de las potencialidades del transnacionalismo es que permite integrar los factores micro, meso y macroestructurales que operan en las migraciones (Vilar y Eibenschutz, 2007, como se citó en Cabieses, Gálvez y Ajraz, 2018).

Glick Schiller, Basch y Szanton Blanc (1995, p.48) definen la migración transnacional como «el proceso por el que los migrantes forjan y sostienen simultáneamente relaciones sociales de múltiples hilos que unen sus sociedades de origen y asentamiento». Las autoras entienden a los migrantes como «inmigrantes cuya vida diaria depende de múltiples y constantes interconexiones a través de fronteras internacionales y cuyas identidades públicas se configuran con relación con más de un Estado-Nación» (Glick Schiller et al., 1992a, Basch et al., 1994, como se citó en Glick Schiller, Basch y Szanton Blanc, 1995, p. 48).

Por su parte, Goldring (1996) argumenta que la perspectiva transnacional privilegia los espacios sociales transnacionales que los sujetos crean en el curso de la migración y llama la atención sobre las múltiples identidades de los migrantes, dado que actúan en el contexto de un proyecto de construcción nacional que involucra a más de un país. Para Rouse (1991), la migración no solo se refiere a los movimientos que se dan a través de las fronteras nacionales, sino a la circulación continua de gente, dinero, información y bienes, lo que resulta en una interrelación de lugares que se convierte en una sola comunidad, es decir, en

una comunidad transnacional. Para este autor, la importancia del transnacionalismo está dada por toda la población que se involucra, desde los migrantes y familiares, hasta los empleadores en los diferentes destinos.

Por otro lado, Mitchell (1997 y 2009, como se citó en Pardo Montaña, 2015), desde una visión geográfica, señala que el transnacionalismo se explica como una serie de movimientos entre las diferentes fronteras, en donde los migrantes desarrollan y sostienen múltiples lazos económicos, políticos, sociales y culturales en una misma nación. Para Portes, Guarnizo y Landolt (2003, como se citó en Cárdenas Torres, 2009), el transnacionalismo es un fenómeno compuesto por personas con vidas dobles en 2 países diferentes, hablan 2 lenguas, tienen hogares en los 2 países y mantienen contacto constante y habitual en ambas naciones.

En esta tesis se adopta la propuesta de Glick Schiller, Basch y Szanton Blanc (1995) porque tiene una mirada holística, que incorpora diversas prácticas transnacionales relacionadas con lo económico, identitario, políticos y cultural. Vale la pena mencionar que muchas de las personas migrantes mexicanas conservan estos vínculos transnacionales con sus familiares, amigos y empleadores en Estados Unidos, particularmente considerando que con el retorno no se agota el proceso y la experiencia migratoria. Aunque también cabe señalar que «el transnacionalismo no es para siempre»,⁴ pues existen casos donde estos vínculos se debilitan o dejan de existir.

Vertientes y Debates Teóricos Dentro de la Corriente Transnacional. De acuerdo con Bobes (2012, p. 9), el aporte teórico del transnacionalismo fue fundamental para comprender otro tipo de situaciones que ocurrían alrededor de la migración, de modo que comenzaron a conocerse conceptos como «migración transnacional» y «transmigrantes». Algunos autores plantean que desde años atrás se gestaban fenómenos similares, por lo cual Portes (2001) apoyándose en Merton (1968) afirmó que las experiencias pasadas también se podían incluir en este nuevo concepto, pues si no se había hecho antes es porque nadie había sido capaz de demostrar su relevancia.

⁴ Expresión utilizada por el Dr. Gustavo López Castro en una de sus intervenciones como lector de esta tesis.

Estos alcances posibilitaron desarrollar propuestas en las que se incorporaron también los análisis de las redes y el capital social, donde el transnacionalismo se propuso como una teoría intermedia para comprender actividades específicas de algunos migrantes. Con los aportes de la perspectiva transnacional se han introducido reflexiones sobre los cambios de la migración y sus efectos en los diferentes espacios y relaciones sociales a nivel local como regional, como, por ejemplo, una perspectiva más cultural, con una migración enfocada en la inserción de los migrantes en los lugares de recepción (Bobes, 2012); las teorías de causalidad para entender la migración como parte fundamental de la autosostenibilidad del proceso (Durand y Massey, 2003, como se citó en Bobes, 2012), entre otro tipo de estudios.

En lo que respecta a las unidades de análisis, se han generado también debates en tanto no se existe suficiente claridad sobre la categoría más adecuada; entre las unidades de análisis se encuentran los hogares, las familias y los migrantes (Becerril Quintana, 2020). Frente a estas controversias, Faist (2000, como se citó en Bobes, 2012, p. 11) introdujo una perspectiva global que busca construir una teoría más sistemática, donde se «defina lo transnacional como un espacio social que constituye una parte de algo mayor». En este sentido, «la propuesta del transnacionalismo migrante deriva [...] de la existencia actual de un consenso acerca de la emergencia de un fenómeno social más complejo, contingente a los procesos de globalización» (Bobes, 2012, p. 12).

A pesar de lo anterior, en el enfoque transnacional se encuentran diferentes propuestas y vertientes de análisis, que no solo buscan dar cuenta de este fenómeno, sino que promueven identificar sus características y teorizar de acuerdo con su naturaleza. De ahí que han surgido conceptos como:

Globalización desde abajo, comunidades transnacionales desterritorializadas, espacios transnacionales, campos transnacionales, o el vivir transnacional, todas estas propuestas son constitutivas de un dinámico debate teórico que contribuye a reforzar la percepción de las dificultades epistemológicas que supone trabajar con un concepto ambiguo y polisémico. (Bobes, 2012, p. 12)

En este sentido, en los estudios sobre transnacionalismo no se deben dar por sentado los diferentes contextos, particularmente cuando se realizan estudios comparativos, por lo que Goldring y Landolt (2009) mencionan que los investigadores deben estar dispuestos

reformular las veces que sea necesario las categorías, unidades de análisis y líneas de investigación, porque es un proceso cambiante.

Como lo señala Bobes (2012) en cuanto a:

Las diferentes posturas del enfoque transnacional, lo que se asegura es que el transnacionalismo no es un fenómeno fijo y acotado estructuralmente, antes bien se entiende más como un conjunto de lazos, posiciones en redes y organizaciones que atraviesan fronteras de ambas naciones. (p. 13)

Es importante señalar que los estudiosos de la corriente transnacional coinciden en ciertos aspectos. Por ejemplo, el transnacionalismo representa una perspectiva novedosa que brinda la posibilidad de realizar estudios comparativos. Por otro lado, se reconoce que las prácticas transnacionales existían desde hace mucho tiempo atrás, pero no fue hasta solo algunas décadas que se comenzó a teorizar desde los vínculos transnacionales (Becerril Quintana, 2020). Otro punto para destacar es que no todos los migrantes son transmigrantes, pues como mencionan Glick Schiller, Basch y Szanton Blanc (1995) y Bobes (2012), su vida diaria depende de múltiples y constantes interconexiones por medio de las fronteras internacionales. En esta tesis, se recupera este enfoque para explorar las prácticas transnacionales relacionadas con los procesos de salud y enfermedad de las personas migrantes que retornaron de Estado Unidos a Tenancingo, pues es común en los migrantes cuando se encuentran trabajando en el país del Norte la autoatención de su salud por medio de remedios caseros y con medicamentos que obtienen en las tiendas mexicanas, dadas las restricciones para obtenerlos en dicho lugar, así como la comunicación con los familiares en el lugar de origen para intercambiar información acerca de cómo tratar determinados padecimientos, al igual que la medicina alópata y tradicional brindada por los mismos mexicanos, las redes sociales que dan apoyo, entre otras más.

Principales Conceptos de la Perspectiva Transnacional. Previo a la exposición de los conceptos que la perspectiva transnacional aporta para comprender los PSEAP, conviene hacer explícita la definición de migración. De acuerdo con la OIM, la migración alude al «movimiento de personas fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea a través de una frontera internacional o dentro de un país» (OIM, 2019, p. 124). La migración internacional se trata de un fenómeno que ha estado presente en los diferentes periodos de la historia mundial, y que tienen su origen en persecuciones políticas, religiosas y étnicas (Chaparro

Medina, 2008), así como en los procesos de desigualdad económica entre los países; particularmente en el caso de la migración mexicana hacia Estados Unidos, donde la diferencia salarial se ha constituido en un factor predominante que participa de la reproducción de ésta.

Es necesario reconocer que la migración se sustenta también en vínculos familiares, sociales y culturales, en factores de oferta y demanda de trabajo y en condiciones socioeconómicas e históricas y de vecindad geográfica. De igual forma, estos vínculos son más notables por las complejas redes sociales y familiares a través de las que fluye con celeridad diferente tipo de información, por ejemplo, sobre oportunidades laborales en Estados Unidos. Lo anterior ha propiciado la masificación de la migración en ese país y la presencia de un importante número de personas nacidas en Estados Unidos que son de origen mexicano (Gaspar Olvera, 2012). Los conceptos que se retoman de la perspectiva transnacional en este trabajo de tesis son: migración transnacional, circuitos migratorios transnacionales, redes sociales y prácticas transnacionales.

Migración Transnacional. La migración transnacional se define como «el proceso por el cual los inmigrantes forjan y mantienen múltiples relaciones sociales simultáneamente entrelazadas, que unen sus sociedades de origen y las sociedades de asentamiento» (Glick Schiller, Basch y Szanton Blanc, 1995, p. 48). El proceso de migración transnacional se va conformando a través de las diferentes fases de la trayectoria migratoria (origen, traslado, recepción y retorno), durante las que esta población construye relaciones que son fundamentales para comprender los PSEAP de estas mujeres y hombres trabajadores retornados y deportados, que tienen una historia particular, individual, familiar y comunitaria. Precisamente el transnacionalismo contempla estas fases en las que han estado involucrados los migrantes, yendo más allá del retorno para considerar el denominado transnacionalismo inverso, que toma en cuenta las conexiones con el estado de recepción, del que difícilmente pueden desvincularse estos sujetos.

Circuitos Migratorios Transnacionales. Rouse (1991) define circuitos migratorios transnacionales como el crecimiento de la circulación de personas, dinero, bienes, información y relaciones que se dan entre las comunidades de origen y los nuevos lugares de

recepción de los transmigrantes, y que con el tiempo se hacen más fuertes formando una comunidad dispersa en varias localidades. Por otro lado:

La construcción social de una comunidad dentro de circuitos migratorios implica que, a pesar de las diferencias en el acceso a los recursos, la salud, el estatus, u otros indicadores socioeconómicos, las personas que se encuentran dentro de un circuito migratorio transnacional generalmente comparten muchas características, restricciones y valores debido a su pertenencia, interaccionando además diferentes niveles de análisis (localidades y regiones con diferentes historias, formas de organización social, instituciones). (Mendoza, 2009, p. 7)

La necesidad de identificar cómo se crean, recrean o desaparecen estos circuitos migratorios entre Tenancingo y los lugares específicos a los que se dirige en mayor medida esta población en Estados Unidos, tiene que ver con el papel que adquieren estas relaciones entre origen y recepción en materia de circulación de información sobre recursos médicos y acceso a la salud para la atención de los padecimientos que estas personas migrantes mexiquenses han llegado a presentar durante su experiencia de vida transnacional.

Redes Sociales Transnacionales. Las redes transnacionales «son un conjunto de vínculos interpersonales que conectan a migrantes, antiguos migrantes y no migrantes en su área de origen y de destino a través de lazos de parentesco, amistad y comunidad de origen compartida» (Massey et al., 1998, p. 448). Es un concepto pertinente en esta investigación, en tanto las redes sociales son un soporte para que los migrantes puedan emigrar hacia Estados Unidos de manera relativamente más segura y con mayor certidumbre, además de que adquieren un papel protagónico en cuanto a la atención de los problemas de salud, por ejemplo, cuando los migrantes en Estados Unidos acuden a éstas para solicitar que les envíen productos mexicanos que no pueden encontrar en el lugar de recepción, o bien, cuando han sido diagnosticados de un padecimiento o enfermedad son de utilidad para facilitar el envío de medicamentos para atender sus dolencias o padecimientos.

Prácticas Transnacionales. Las prácticas transnacionales se pueden definir como todas aquellas iniciativas o actividades de la vida cotidiana que realizan las personas migrantes en su vida transnacional (Portes, Guarnizo y Landolt, 1999; Schmalzbauer, 2008; Mejía Ochoa, 2006) que comprenden, por ejemplo, los negocios familiares y el envío de remesas. De acuerdo con Cavalcanti, Silva y Parella Rubio (2007), los vínculos económicos

hacen parte de las prácticas transnacionales de mayor importancia en la vida de los migrantes y sus familiares, debido a que las transferencias monetarias benefician directamente a la familia que los recibe. De acuerdo con los mismos autores, existen otro tipo de transferencias que tienen que ver con «los valores, el estilo de vida, innovaciones, pautas de comportamiento y capital social que discurren a través de las prácticas transnacionales» (Cavalcan, Silva y Parella Rubio, 2007, p. 20), lo que se conoce como «remesas sociales» (Levitt, 2001, como se citó en Cavalcan, Silva y Parella Rubio, 2007).

De ahí la necesidad de identificar entre la población de estudio la presencia de prácticas transnacionales económicas, políticas y socioculturales, pues ello permitirá comprender cómo esta serie de acciones entre México y Estados Unidos inciden en torno a los PSEAP de los migrantes. Como lo señalan González-Vázquez, Torres-Robles y Pelcastre-Villafuerte (2013), por medio de estas prácticas es que «circulan los recursos en salud (paqueterías, casetas telefónicas, tiendas latinas, médicos mexicanos alópatas y tradicionales), y de sus redes sociales que brindan apoyo y solidaridad a los migrantes» (p. 481).

Estado de la Cuestión Acerca de la Salud de las Personas Migrantes

En este apartado se presenta un breve estado de la cuestión de la literatura sobre la temática que se aborda en este trabajo. La exposición de la información se clasifica a partir de los siguientes ejes que se desprenden de la propuesta teórica-conceptual expuesta anteriormente: salud y migración internacional, salud y migración de retorno, modos de vida, antropología médica, prácticas transnacionales de migrantes y servicios de salud.

Salud y Migración Internacional

En la literatura sobre salud y migración internacional se distinguen por lo menos 2 posicionamientos. El primero argumenta que la migración incide significativamente en la salud de las personas migrantes, mientras que la segunda postura sostiene que la migración no propicia dichos problemas de salud, sino el contexto en el que ésta ocurre. Entre los estudiosos que sostienen que la migración trasciende en la propagación de infecciones y el posible incremento de los riesgos en la salud, parten de considerar a esta población como un factor de riesgo que puede diseminar infecciones y enfermedades a las poblaciones locales

(Frenk y Chacon, 1991, Goldenber et al., 2011, como se citó en Leyva Flores, Infante Xibillé y Quintino Pérez, 2016). Este argumento nutre los posicionamientos de políticas de control y detención de las migraciones y movilidades a nivel internacional, lo que en materia de salud impacta en las restricciones del derecho a los servicios de salud, especialmente entre los migrantes indocumentados, lo que produce efectos adversos en la salud (Bustamante, 2011, Infante, Aggleton y Pridmore, 2009, Servan et al., 2014, como se citó en Leyva Flores, Infante Xibillé y Quintino Pérez, 2016).

Por otro lado, están quienes afirman que la relación entre salud y migración es favorable a los migrantes, por tratarse de poblaciones que se pueden considerar sanas y capaces de sobrellevar situaciones adversas. De acuerdo con esta vertiente de análisis, la migración en sí misma no es la que genera los problemas de salud, sino las condiciones en las que ésta se produce y que repercuten en la presencia de problemas de salud (Temores et al., 2015, Médicos Sin Fronteras, 2013, como se citó en Leyva Flores, Infante Xibillé y Quintino Pérez, 2016).

Esta tesis coincide en que las condiciones estructurales en las que se emigra son, en parte, los causales que despliegan problemáticas en la salud de los migrantes. Por ejemplo, los que emigran de manera indocumentada son los que tienen mayores posibilidades de presentar situaciones de riesgo que puedan afectar sus problemas de salud/enfermedad.

Al respecto, Moya y Uribe (2006) realizaron una revisión documental sobre las principales instituciones y centros de investigación que trabajan el vínculo de salud y migración en México, así como las bases de datos especializadas y páginas de internet institucionales en el periodo 1996-2006 (Cuadro 1). Los autores encuentran que el mayor número de investigaciones que abordan las condiciones de salud de la población migrante son de tipo epidemiológico, con un mayor interés en el VIH-SIDA. En segundo lugar, están los trabajos que analizan el tema de salud reproductiva y la migración. En menor medida se encuentran las publicaciones relacionadas con las drogas y la migración, la salud mental y la tuberculosis. Son muy pocos los trabajos que toman en cuenta otro tipo de temas como la desnutrición, enfermedades ocasionadas a causa de plaguicidas, salud mental en migrantes de retorno, entre otros.

Por otro lado, Flynn et al. (2016), a partir de los estudios realizados en Estados Unidos, presentan una exhaustiva revisión bibliográfica de investigaciones académicas sobre migración y salud, con énfasis en el trabajo. Los autores indagan los efectos que el trabajo tiene en la salud física y las enfermedades crónicas de los migrantes mexicanos en Estados Unidos, que se empeoran a mayor tiempo de permanencia en ese país, generando en ellos y sus familiares que se quedan «situaciones que pueden cambiar su salud física, emocional y social a raíz de su empleo» (p. 129).

En una primera selección de la literatura escrita sobre *salud y migración internacional* se distingue que los estudios en México, desde la década de los años 80 del siglo XX, han puesto énfasis en el tema de VIH/SIDA y migración. A partir de 1983 se han realizado diversos trabajos que pueden dividirse en 3 momentos: a) las investigaciones pioneras enfocadas en identificar las condiciones de vida y de trabajo de los migrantes en Estados Unidos y su relación con los riesgos asociados con la transmisión del VIH/SIDA, b) los trabajos dirigidos a conocer la relación entre la migración y el VIH/SIDA en México, y c) los estudios que analizan la migración y el VIH/SIDA en la frontera sur de México. Estas investigaciones permitieron identificar distintas poblaciones en situación de vulnerabilidad, en especial aquellas que se encuentran relacionadas con el proceso migratorio (Bronfman y Minello, 1995; Bronfman y Leyva Flores, 2009; Canales, Vargas Becerra y Montiel Armas, 2010).

Diferentes investigaciones basadas en encuestas y estudios epidemiológicos comparativos han analizado otro tipo de padecimientos resultantes del proceso migratorio, como, por ejemplo, el sobrepeso y la obesidad, la prevalencia de diabetes mellitus, tabaquismo, alcoholismo, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Entre sus hallazgos han mostrado que la frecuencia de presentar resultados de salud negativos es mayor en los migrantes que entre la población de acogida (Vega Briones, 2016). En un trabajo realizado en las regiones de Tonalá (Jalisco) y Cuauhtémoc (Colima) relacionado con el uso del condón, se concluyó que a mayor experiencia migratoria mayor es el uso consistente del condón en migrantes entrevistados que expresaron haber residido en Estados Unidos al menos una vez durante los últimos 3 años (Fosados et al., 2006). En un mismo sentido, una investigación realizada en Tijuana sobre la recurrencia de los eventos migratorios como factor de riesgo para el contagio de ITS, pone en evidencia que la migración genera una

mayor exposición a diferentes acontecimientos y situaciones durante su experiencia migratoria, como puede ser el consumo de drogas y/o tener múltiples parejas sexuales sin protección (Macías Suárez, 2002).

Otros estudios (Bhugra y Jones, 2001, como se citó en Caicedo y Van Gameren, 2016) mencionan que el proceso migratorio en sí mismo y la subsecuente adaptación cultural y social juegan un rol central en la salud mental de la población migrante. Además, destacan quienes argumentan que las características sociodemográficas de los migrantes, como, por ejemplo, la baja escolaridad, los bajos ingresos, el desempleo, las rupturas conyugales y el tiempo de permanencia en el país de destino están estrechamente relacionados con las altas tasas de depresión entre migrantes (Vega et al., 1987, como se citó en Caicedo y Van Gameren, 2016).

En cuanto a la relación entre trabajo y salud ocupacional de los migrantes mexicanos en Estados Unidos, información del Departamento del Trabajo de Estados Unidos ha puesto énfasis en las ocupaciones en las que se insertan la mayor proporción de mexicanos, siendo la agricultura, la industria extractiva, el transporte y la construcción, las que se caracterizan por tener una mayor probabilidad de generar accidentes fatales. Dicha información es respaldada por estimaciones elaboradas con la EMIF-Norte, a partir de la que se concluye que los riesgos son mayores entre los mexicanos que laboran en la construcción, manufactura y agricultura. Ocupaciones que agrupan poco más de 3 quintas partes de los accidentados o enfermos a causa del trabajo (SEGOB y CONAPO, 2013).

En lo que concierne a la literatura sobre salud y migración internacional en Estados Unidos, en los últimos 100 años, se han realizado investigaciones que vinculan las problemáticas de salud pública con el ingreso y presencia de migrantes en ese país, sobre todo en lo que respecta a los riesgos en salud producidos en el proceso de asentamiento, las demandas y costos del acceso a los servicios de salud, y las modificaciones en las características sociodemográficas. En estos estudios prevalece la visión de los migrantes como responsables de proliferar las enfermedades entre la población estadounidense (Evans, 1987, como se citó en Santillanes Allande, 2017).

Cuadro 1

Investigaciones sobre salud, migración internacional y migración de retorno

Temas	Autores	Metodologías utilizadas	Cobertura poblacional y geográfica
Salud y migración internacional	Macías Suárez (2002)	Cuantitativa. Análisis de un módulo de salud aplicado con la EMIF-Norte.	Representativa a nivel de Tijuana.
	Moya y Uribe (2006)	Cualitativa. Temas de migración y salud.	Estudio realizado en México.
	Fosados et al. (2006)	Cuantitativa.	Comunidades específicas de Tonalá (Jalisco) y Cuauhtémoc (Colima).
	Flynn et al. (2016)	Cualitativa. Temas de migración y salud.	Estudio realizado en Estados Unidos.
	Zarza y Sobrino Prados (2007)	Cualitativa. Proceso de inmigración, integración y estrés de inmigrantes latinoamericanos en Estados Unidos y España.	Estados Unidos y España.
	Bronfman y Leyva Flores (2009)	Cualitativa. Cuantitativa. Epidemiológica.	Comunidades de entidades mexicanas con alta migración hacia Estados Unidos
	Bronfman y Minello (1995)	Cualitativo.	Estados Unidos.
	Canales, Vargas Becerra y Montiel Armas (2010)	Cualitativo.	Frontera entre México y Guatemala.
	SEGOB y CONAPO (2013)	Cuantitativa. Análisis de la EMIF-Norte.	Encuesta representativa a nivel nacional y por entidades federativas.
	Vega Briones(2016)	Cuantitativa.	Representativa a nivel nacional.
Salud y migración de retorno	Ullmann, Goldman y Massey (2011)	Cuantitativa. Análisis de la base de datos del Proyecto de Migración Mexicana.	Comunidades específicas (solo hombres) que abarcan 22 estados de la República Mexicana.
	González-Block y De la Sierra-de la Vega (2011)	Cuantitativa. Estudio transversal basado en encuestas a pacientes y personal de salud.	Hospitales públicos y privados de la zona fronteriza y municipios con alta intensidad migratoria del centro de México.
	Arenas et al. (2015)	Cuantitativa. Análisis de la Encuesta de Vida Familiar en México.	Representativa a nivel nacional.
	Diaz, Koning y Martinez-Donate (2016)	Cuantitativa. Análisis de la Encuesta de Salud de California y el Estudio Migrante.	Representativa para el estado de California (Estados Unidos), sólo en hombres.

Cuadro 1

Investigaciones sobre salud, migración internacional y migración de retorno

Modos de vida dentro del contexto migratorio	Zapata Villa et al. (2018)	Cualitativa. Enfoque fenomenológico.	Entrevistas a 23 migrantes colombianos retornados de España.
	Pinedo et al. (2021)	Cualitativa.	Entrevista en profundidad a 22 latinoamericanos.
	OPS y OMS (2020)	Cualitativa.	Entrevistas a migrantes venezolanos.
	Golash-Boza y Hondagneu-Sotelo (2013)	Cualitativa. Deportaciones de hombres latinos.	Estados Unidos.
	Llácer et al. (2007)	Cualitativa. Género en los estudios epidemiológicos.	Estados Unidos y México.
	Willers (2016)	Cualitativa.	Entrevista a 31 mujeres y 3 hombres, en Tijuana y Tapachula.
	Galaz Valderrama et al. (2021)	Cualitativa con una mirada interseccional.	Entrevistas a profesionales de la salud, interventores sobre migración y usuarios de servicios de salud.
Estudios desde la antropología médica	Goldberg (2003)	Cualitativa. Antropología médica. Procesos de salud/enfermedad/atención. Enfoque relacional.	Entrevistas a 35 migrantes, en la ciudad de Barcelona (España).
	Holmes (2006)	Cualitativa. Teoría fundamentada. Teoría de violencia estructural. Violencia simbólica. Antropología médica críticamente interpretativa. Enfoque relacional.	Entrevistas realizadas a 130 indígenas y 30 médicos en una granja en el estado de Washington (Estados Unidos).
	Goldberg (2010)	Cualitativa. Antropología médica. Procesos de salud/enfermedad/atención. Enfoque relacional. Aproximación etnográfica.	Hombres y mujeres adultos residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires, que tuvieron tuberculosis y se atendieron en el Instituto Vaccarezza-Hospital F. Muñiz durante 2009.
	Macías Juárez (2012)	Cualitativa. Antropología médica. Procesos de salud/enfermedad/atención. Enfoque relacional.	Entrevistas a 6 migrantes y personal de salud, en el municipio de Poza Rica (Veracruz).
	Goldberg (2013)	Cualitativa. Aproximación etnográfica. Procesos de salud/enfermedad/atención. Itinerarios terapéuticos.	Inmigrantes bolivianos de ambos sexos que trabajan en talleres textiles clandestinos en el Área Metropolitana de Buenos Aires, y talleres textiles en Sao Paulo.
	Santillanes Allande (2017)	Cualitativa. Antropología médica. Procesos de salud/enfermedad/atención. Enfoque relacional.	Entrevistas a 6 mujeres migrantes, en la ciudad de Nueva York (Estados Unidos).

Cuadro 1

Investigaciones sobre salud, migración internacional y migración de retorno

Temas	Autores	Metodologías utilizadas	Cobertura poblacional y geográfica
Prácticas transnacionales de migrantes y servicios de salud	Zarza y Sobrino Prados (2007)	Cualitativa.	Estados Unidos.
	Clínicas de Chile A.G. (2009)	Cualitativa.	Estados Unidos.
	González-Vázquez, Torres-Robles y Pelcastre-Villafuerte (2013)	Cualitativa.	8 comunidades rurales de 5 municipios mexicanos con distinto grado de intensidad migratoria.
	Nigenda et al. (2009)	Cualitativo, etnográfico.	Usuarios de servicios de salud de 4 estados de México.
	Lagarriga (2000)	Cualitativa. Revisión bibliográfica.	México.
	Gómez Dantés et al. (2010)	Cualitativa y cuantitativa.	México.
	García, Aizemberg y Baeza (2023)	Cualitativa.	Mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia que residen en Argentina.

Fuente. Elaboración propia con base en varios textos y autores.

La primera publicación sobre la relación entre el trabajo y la salud en migrantes en Estados Unidos se desarrolló en 1837. Este estudio se enfocó en los inmigrantes irlandeses que trabajaban en el canal y los sistemas ferroviarios que conectaban la costa este con los grandes lagos (Flynn, 2018). Posteriormente son diversos los estudios que documentan que los migrantes que trabajan en la agricultura, siendo en mayoría mexicanos, son vulnerables a padecer altas tasas de lesiones y enfermedades (Arcury et al., 2014, Brock et al., 2012, Kelly et al., 2012, McCurdy y Kwan, 2012, Shipp et al., 2013, como se citó en Flynn et al., 2016). Estas publicaciones sostienen que el solo hecho de migrar puede modificar el estilo de vida, a la vez que influye en afectaciones a la salud física ante la exigencia de trabajar horarios extendidos, incertidumbre en el pago por el trabajo realizado, prestaciones limitadas, estrés, mala alimentación y ausencia de tiempo libre. De igual manera, residir un mayor tiempo en Estados Unidos hace mayor la prevalencia de padecimientos crónicos y la adopción de hábitos que pueden ser nocivos, una vez que los migrantes se acostumbran al estilo de vida de la sociedad estadounidense (Commission on Social Determinants of Health, 2008, Singh y Siahpush, 2002, como se citó en Flynn et al., 2016). Como puede leerse, desde una perspectiva cuantitativa, estos trabajos aportan a la comprensión y discusión de los

modos de vida, a partir de la experiencia vivida por los migrantes retornados al municipio de Tenancingo.

En términos generales, se advierte que el vínculo de salud y migración es una problemática que aproximadamente hasta comienzo de los años 80 no había recibido suficiente atención a pesar de las muchas consecuencias que tiene en la calidad de vida de la población migrante (Ceja, Lira Mandujano y Fernández Guzmán, 2014). No obstante, los constantes cambios en la dinámica migratoria a nivel mundial y regional han repercutido en el abordaje y estudio de esta problemática y de sus efectos en la salud de las poblaciones migrantes y no migrantes. Los estudios hasta ahora realizados dan cuenta de los problemas de salud que viven los migrantes durante su experiencia migratoria. Los migrantes mexicanos son los menos favorecidos en la estructura social estadounidense, generando en muchos de ellos graves problemas de salud.

En este sentido, el trabajo de Zimmerman, Kiss y Hossain (2011) precisa los diferentes padecimientos que enfrenta esta población en cada fase migratoria. Por ejemplo, en la *fase previa a la migración*, los factores que pueden influir en la salud se relacionan con características biológicas, enfermedades locales, factores ambientales, aunado a determinados problemas psicológicos. Durante el *traslado*, se distinguen diferentes padecimientos que tienen su origen en los factores de riesgo a los que están expuestos por las altas temperaturas, falta de agua, violencia y otros riesgos de salud. En el *destino*, predominio de enfermedades no transmisibles, problemas de salud mental, enfermedades cardíacas. Y durante la fase de retorno, problemas de salud mental, condiciones antihigiénicas e inseguras, así como la acumulación de problemas que pueden afectar física y psicológicamente a los migrantes retornados o deportados.

De igual forma, Salgado de Snyder et al. (2007) muestran la vulnerabilidad social de los migrantes en cada una de las fases migratorias, con padecimientos que varían según los factores de riesgo a los que se ven expuestos. También Santillanes Allande (2017) muestra, en su tesis doctoral, que las mujeres migrantes viven escenarios de depresión ante las circunstancias de subordinación a las que se enfrentan por parte de sus parejas y familiares, desencadenando en ellas sufrimientos, malestares y aflicciones por el contexto en el que se encuentran. Por su parte, Deeb-Sosa et al. (2013) en su estudio realizado en California, a

partir de la experiencia migratoria de mujeres indocumentadas y su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva identifica 3 barreras: la condición migratoria, el idioma y el género.

Como se ha mostrado hasta aquí, la relación migración y salud es estrecha, pues los hallazgos de los estudios señalados anteriormente muestran que las afectaciones a la salud entre la población migrante en Estados Unidos son múltiples, complejas, dinámicas y constantes, por lo que trascienden en el individuo que emigra y vive esta experiencia, pero también en su entorno familiar, tanto en el lugar de recepción como en el lugar de origen.

Salud y Migración de Retorno

La dinámica de los flujos migratorios y el mayor número de deportaciones de mexicanos que se ha registrado en la última década ha generado diversas preocupaciones ante las situaciones de vulnerabilidad que enfrenta la población migrante, sobre todo ante el estatus migratorio no documentada, pues limita el acceso a los servicios de salud en aquel país del Norte, ocasionando, en algunos casos, que al regreso su estado de salud esté mayormente deteriorado por la falta de atención. En este sentido, González-Block y De la Sierra-de la Vega (2011) aseguran que los migrantes indocumentados en Estados Unidos reportan un menor uso de servicios de salud, así como una peor atención, lo que origina retornos por situaciones de salud, pues regularmente la necesidad de atender enfermedades graves hace que se trasladen a México ante la incapacidad de poder hacerlo en Estados Unidos.

En un estudio cuantitativo realizado por Ullmann, Goldman y Massey (2011) con base en el Mexican Migration Project, que comprende los años de 2007 a 2009, se efectuaron algunos modelos de regresión logística en una muestra de 2,121 sujetos. El objetivo consistió en evaluar las disparidades en el estado de salud de los migrantes, hombres, que regresaron de Estados Unidos en comparación con los que no migraron. Los resultados arrojaron que los migrantes retornados registraron una mayor prevalencia de enfermedades cardíacas, trastornos emocionales, psiquiátricos, obesidad y tabaquismo que los no migrantes, a diferencia de lo sucedido con la salud autocalificada, la diabetes y la hipertensión, con resultados homogéneas en ambos grupos.

Otra investigación de tipo cuantitativa fue la realizada por Arenas et al. (2015) para indagar si los migrantes retornados de Estados Unidos a México, durante el periodo 2005-2012, tenían peor salud que los que permanecían en dicho país. Se midieron modelos de regresión logística en una muestra de 518 migrantes con base en la Encuesta de Vida Familiar en México, representativa a nivel nacional. Los resultados reflejaron que: a) existen peores condiciones de salud para los migrantes retornados, b) es mayor la probabilidad de retornar en los hombres que en las mujeres, c) los que hablan inglés y tienen casa en Estados Unidos tienen menos probabilidad de retornar, d) los migrantes que tienen la familia en el vecino país tienen menos probabilidad de regresar, mientras que los que tienen la familia en México registran una mayor probabilidad de retornar, e) los migrantes originarios de los estados de menos tradición migratoria tienen significativamente menos probabilidad de regresar en comparación con los estados de mayor tradición. Las autoras encuentran que la asociación entre el mal estado de salud y la migración de retorno puede obedecer, en parte, a las mayores tasas de deportación en los migrantes menos saludables o los factores económicos que están vinculados con la salud, como puede ser la pérdida de puestos de trabajo en los sectores en donde existes altas tasas de lesiones (Arenas et al., 2015).

Otro estudio cuantitativo es el realizado por Diaz, Koning y Martinez-Donate (2016), con la finalidad de evidenciar la relación de la migración de retorno y el sesgo del salmón. En la investigación se utilizaron 2 fuentes de datos: la Encuesta de Salud de California y el Estudio Migrante, con la primera se incluyeron a los migrantes residentes en California y con la segunda, se realizó la aproximación a los migrantes que regresaron voluntariamente a México y a los deportados por las autoridades estadounidenses que vivían en California. Se estimaron modelos de regresión logística en una muestra de 2,654 migrantes hombres.

Los resultados mostraron que las personas nacidas en México que permanecieron en Estados Unidos informaron tener peor salud, más enfermedades crónicas y mayores tasas de uso de servicios de salud que los migrantes de retorno voluntario o aquellos que fueron deportados. El nivel de estrés fue mucho mayor en los deportados en comparación con los residentes y retornados voluntariamente. La probabilidad de retorno fue mayor en los migrantes que manifestaron tener una mejor salud –situación que fue contraria a lo que esperaban las autoras–. Del mismo modo, la probabilidad de retorno fue mayor en los migrantes que indicaron tener un estado de salud que limitaba sus actividades físicas. Las

condiciones de salud crónicas como la diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón, asma, artritis y obesidad estaban asociadas con una baja probabilidad de retorno de los migrantes voluntarios y deportados; casi el 50.0% de los migrantes deportados vivió en Estados Unidos por 10 años o más.

Aunque los resultados del estudio de Diaz, Koning y Martinez-Donate (2016) establecen que muchos migrantes retornan por tener mal estado de salud –haciendo alusión al sesgo del salmón–, no son generalizables a todos los padecimientos, dado que, ante condiciones como la diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, asma, artritis y obesidad, existe menor probabilidad de retornar. Del mismo modo, Golash-Boza y Hondagneu-Sotelo (2013) expresan que la deportación es también la causa de un trauma emocional y psicológico por la disolución de la familia, afectando no solamente a los deportados y sus familias, sino también a la comunidad por la posibilidad y el temor de vivir una experiencia semejante.

Los estudios citados dan un panorama general sobre los problemas de salud que viven los migrantes retornados de Estados Unidos y que deben ser atendidos en sus lugares de origen. Sin embargo, tienen como limitante que no identifican los padecimientos con los que regresan los migrantes y que responden y/o se articulan específicamente al tipo de trabajo realizado en Estados Unidos, así como a los modos de vida de éstos. Se trata de un vacío en la literatura que esta investigación se propone subsanar, particularmente considerando –como ya se mencionó antes–, que la mayoría de los mexicanos se insertan en empleos que registran una mayor proporción de muertes, lesiones y enfermedades.

Modos de Vida Precarios y Condicionantes Estructurales de la Salud

La literatura enfocada en la relación salud, trabajo y otros modos de vida no es amplia. Sin embargo, existen algunas investigaciones como la realizada por Zapata Villa et al. (2018) que analiza la experiencia migratoria, de empleo y las condiciones de salud de 23 migrantes colombianos retornados de España a partir de la crisis europea de 2009. Se trata de un estudio de tipo cualitativo, con un enfoque fenomenológico que permite comprender la subjetividad y las representaciones de la realidad que los migrantes construyen.

De acuerdo con Zapata Villa et al. (2018), sobre la salud y bienestar, la vivencia del retorno ocasionado ante la imposibilidad de permanecer en España a causa de la crisis generó afectaciones en la salud física y mental de los migrantes, que fueron subsanadas en el país de origen por la presencia de la familia, dejando a un lado el estrés que tenían durante su permanencia en España. Dicho de otro modo, el apoyo social a cargo de la familia y los amigos contribuyó a disminuir los posibles factores estresantes que repercutieron en la salud mental.

Y es que la salud mental dentro del proceso migratorio tiene diversas afectaciones y dificultades que generan tensiones, que Achotegui Loizate (2009) denomina estrés o duelo migratorio (síndrome de Ulises). Para Achotegui, el duelo migratorio es una situación compleja y difícil, especialmente cuando el entorno del migrante es confuso y puede llegar a desestabilizarlo. Esta situación se agudiza cuando el migrante no se encuentra en buen estado de salud o tiene alguna discapacidad y/o cuando es recibido en un ambiente hostil.

Un reporte de la OPS y OMS (2020) acerca de la situación mental en la población migrante, y otras poblaciones, en situación de vulnerabilidad en Colombia, mostró que muchos migrantes de Venezuela llegan a ese país cruzando la frontera, en su mayoría de forma indocumentada, siendo víctimas de robos, malos tratos e información errónea sobre Colombia. Estas malas experiencias que venían experimentando desde su país de origen, sumado al trayecto migratorio, repercutió en que los migrantes manifestaran «angustia, estrés crónico, ansiedad y desorientación, síntomas propios del duelo migratorio o síndrome de Ulises» (p. 3). Así mismo, el conocimiento del síndrome de Ulises por el personal humanitario y especializado ha servido para ayudar a tratar este problema en los migrantes y sus familias, entendiéndolo como un proceso de adaptación y transitorio.

De acuerdo con Sánchez Márquez y López Miguel (2008), en el proceso migratorio se producen alteraciones en la salud mental y neurológica a raíz de experiencias específicas relacionadas con éste, como las condiciones de empleo, las precarias condiciones de vivienda y otros acontecimientos que pueden resultar traumáticos durante las diferentes fases del proceso migratorio. Por su parte, Nancy Pérez García, quien fue directora general de Sin Fronteras, expresó que la situación de víctima de los migrantes en México, por su cercanía con la violencia y estrés, repercute en que se trate de una población «con múltiples derechos

vulnerados y, como consecuencia de ello, viven tensiones emocionales, físicas y sociales de alta vulnerabilidad, especialmente los centroamericanos» (Sin Fronteras IAP, 2017, p. 8). De igual manera, es importante mencionar que la migración puede ser una fuente de estrés y tensión por el cambio y la adaptación que experimentan las personas, aunque no necesariamente lleva implícito un trastorno mental. Por ello, es necesario tomar en cuenta otros factores como: la historia de vida, las fuentes de apoyo social, así como la misma personalidad de los sujetos, lo que puede generar sucesos que los afecten emocionalmente (Sin Fronteras IAP, 2017).

Por otro lado, el estudio realizado por Pinedo et al. (2021), identifica los factores de estrés relacionados con la migración y que pueden influir en el estado de salud mental de latinoamericanos en Estados Unidos, incluyendo el abuso de sustancias. Se realizaron entrevistas en profundidad a 22 latinoamericanos residentes en el Centro de Texas, bajo los siguientes criterios de elegibilidad: ser mayor de 18 años, autoidentificarse como latino, reportar un estresor relacionado con la migración y al menos un síntoma de un problema de salud mental o de uso de sustancias. Los participantes señalaron presentar estrés relacionado con la migración tanto por factores estructurales, como sociales que influyeron en su bienestar mental, y en algunos casos consumían sustancias como un mecanismo para afrontar el estrés. A nivel estructural, reportaron intensos sentimientos de persecución por parte de los funcionarios de inmigración, así como angustia por la deportación de familiares y amigos. A nivel social, expresaron angustia por el miedo a ser detenidos o deportados por su estatus no documentado, las experiencias antiinmigrantes, y la constante divulgación de información negativa en medios de comunicación y redes sociales sobre detención y deportación (Pinedo et al., 2021).

Por otro lado, la mayor parte de la literatura consultada enfoca sus esfuerzos en el análisis de los hombres migrantes, por tratarse del grupo que emigra y deportan en mayor medida. Sin embargo, dejan de lado el estudio de las situaciones que viven las mujeres migrantes que han retornado o han sido deportadas. En muchas ocasiones, las trabajadoras migrantes en Estados Unidos asumen la responsabilidad del cuidado de sus hijos y la ausencia de su pareja, inmersas en un contexto en el que, por diversos factores estructurales, el mercado de trabajo ha disminuido las oportunidades laborales para los hombres, al tiempo

que apertura posibilidades para que las mujeres incursionen en diferentes tipos de empleo, sobre todo en el trabajo doméstico remunerado (Golash-Boza y Hondagneu-Sotelo, 2013).

Son las mujeres migrantes de diferentes nacionalidades las que según Llácer et al. (2007) en sus lugares de origen registran un acceso menor a los servicios básicos y sanitarios, además de contar con tasas más bajas de educación y de empleo, así como salarios menores. Durante el traslado, desplazarse sin documentos aumenta el riesgo de que sean víctimas de violencia, abuso y violación, siendo las que se encuentran en edades más jóvenes las que experimentan mayores niveles de violencia física, psicológica y sexual. Llácer et al. (2007) también evidencian que la precariedad laboral de las mujeres migrantes las convierte en posibles víctimas de violencia y acoso sexual, dependiendo de sus empleadores, por ejemplo, para obtener sus permisos de trabajo.

Por su parte, Willers (2016) describe las experiencias relacionadas con las diferentes expresiones de la violencia que viven las mujeres migrantes centroamericanas en su tránsito por México. Entre los aportes del estudio de Willers se destaca el análisis enfocado en 3 etapas del proceso migratorio: el lugar de origen, el tránsito y la llegada al sitio de asentamiento. La autora entrevistó a 31 mujeres y 3 hombres, en Tijuana, Baja California, y Tapachula, Chiapas. Sus hallazgos resaltan que, para comprender la situación de las mujeres migrantes durante el traslado, es necesario entender las causas que originan su emigración. En el lugar de origen, entre las causas que motivan su migración se encuentra la violencia social generalizada, que se complejiza ante las desigualdades y violencia de género. Éstas se expresan en 3 escenarios: «a) la extorción y amenaza de muerte por parte de los grupos delincuenciales; b) la necesidad de mantener a los hijos por ser madres solteras; y c) la amenaza y violencia sufrida por parte de sus parejas masculinas». En el tránsito, se experimentan otro tipo de circunstancias asociadas con la desigualdad de género y situaciones particulares de vulnerabilidad, como, por ejemplo, el secuestro de los más pobres, los frecuentes asaltos, violaciones y otros abusos sexuales, el riesgo para los hombres que brindan protección cuando viajan con mujeres, vulnerabilidad que se extiende a quiénes las acompañan, así como agresiones de quienes buscan sacar provecho de la situación de amenaza (Willers, 2016, p. 172).

Por otro lado, en el lugar de recepción en Estados Unidos, las condiciones de las mujeres migrantes en mucho dependen de las redes de apoyo con las que cuentan, lo que puede generar un incremento en la dependencia de los familiares y parejas. En este contexto es donde puede reproducirse la violencia de la pareja e incluso agudizarse porque ya no tienen la ayuda de sus familiares en el lugar de origen. El problema de la deportación está también presente, particularmente ante las medidas adoptadas para el control y resguardo de las fronteras (Willers, 2016). En la misma línea, Galaz Valderrama et al. (2021) analizan las prácticas de salud de migrantes en Chile, desde una mirada interseccional. Las autoras entrevistaron a profesionales de la salud, interventores en materia de migración en la región y usuarios de diferentes nacionalidades para conocer las vivencias en materia de atención en los servicios de salud. Los resultados reflejaron que se iban:

Entretejiendo diferentes discursos y prácticas racistas, clasistas, nacionalistas y sexistas, quedando en evidencia imaginarios sociales negativos sobre ciertos colectivos migrantes residentes [...] que tiene efectos concretos en una discriminación sistemática en los servicios de salud. (Galaz Valderrama et al., 2021, p. 14)

Estos imaginarios originan marcas corporales que influyen en sus trayectorias de vida al colocarlos en escenarios de subordinación social respecto a la comunidad de origen y otro tipo de personas extranjeras.

En suma, las investigaciones consultadas resaltan la importancia de los problemas emocionales y de salud mental, así como de las situaciones de violencia que los y las migrantes pueden vivir durante su trayectoria migratoria. Dichos escenarios potencializan situaciones de riesgo que facilitan los problemas de salud/enfermedad, además de que escasamente se toman en cuenta por las instituciones dedicadas a la salud en un esfuerzo por mejorar las condiciones de los y las migrantes.

Estudios Migratorios Abordados desde la Antropología Médica

Son pocos los estudios cuyo desarrollo se sustenta en el marco teórico conceptual de la antropología médica que se retoma en esta investigación, sobre todo de los que consideran a la población migrante como sujetos de estudio. Por ejemplo, Holmes (2006) en su estudio realizado en una granja ubicada en el estado de Washington, identificó que el contexto social de los trabajadores agrícolas migrantes afecta la salud y su cuidado. Se trata de un estudio

cualitativo, en el que fueron entrevistados 130 indígenas triquis mexicanos y 30 médicos. Se utilizó la teoría fundamentada y el análisis de violencia estructural, violencia simbólica y una mirada clínica, enmarcada dentro de la antropología médica críticamente interpretativa. En el estudio se encontró que las condiciones de trabajo y de vivienda se organizaban a partir de criterios de etnicidad y ciudadanía, pues los migrantes triquis estaban en el escalafón más bajo. Asimismo, el racismo estructural y las prácticas antiinmigrantes influyeron en las malas condiciones de trabajo, de vida y de salud de los trabajadores migrantes, mismos que padecían accidentes de trabajo, somatización, abuso de sustancias y traumas.

En el estudio de Holmes (2006) se enfatiza en el papel de los investigadores y los médicos, destacando: 1) la necesidad de entender el contexto de la migración internacional, 2) por medio de los datos etnográficos proponen varios pasos clínicos que permitan dar una mejor atención, y competente, a la población, 3) ampliar la educación médica para que se refleje en la etiología de la enfermedad multifacética, es decir, que se tome en cuenta el contexto social para el desarrollo de la enfermedad, y 4) la formulación de políticas públicas.

Por otro lado, la tesis de maestría de Macías Juárez (2012), analiza la reintegración social y familiar de migrantes retornados con VIH atendidos en el CAPASITS de Poza Rica (Veracruz). El estudio de Macías Juárez parte de una perspectiva teórica, metodológica y conceptual de la antropología médica y el enfoque relacional para analizar los PSEA. Se hicieron entrevistas a profundidad con 6 migrantes, así como a personal de salud. Los resultados de la investigación destacan que las personas entrevistadas que viven con VIH regularmente emplean distintas estrategias curativas, debido a que son altamente vulnerables a otro tipo de infecciones recurrentes y oportunistas, así como a otras dolencias y malestares. En este sentido, además del tratamiento con antirretrovirales, utilizan el neem,⁵ remedios caseros y herbolarios como las fajas calientes y la hierba de zorrillo, así como las prácticas religiosas y el grupo de ayuda del CAPASITS.

⁵ El neem (*Azadirachta indica*) es un árbol de hoja perenne que puede llegar hasta unos 20 metros de altura y que crece en la India y regiones cercanas, donde se cultiva con fines comerciales. También se le conoce como nimba, sus flores son blancas y sus frutos amarillos. En la naturopatía es uno de los mejores purificadores y limpiadores de la sangre. Debido a sus propiedades curativas y beneficios medicinales, casi toda la parte del árbol se usa como medicina tradicional en muchos países. El tallo, raíz y frutos se utilizan como tónicos y astringentes. <https://www.lifeder.com/propiedades-beneficios-neem/>

En el mismo orden de ideas, Santillanes Allande (2017) en su investigación doctoral sobre las trayectorias de vida de 6 mujeres migrantes de origen mexicano diagnosticadas con depresión por parte de los servicios biomédicos de Nueva York, establece que sus respectivas parejas y familiares generaron procesos de deterioro en la salud mental de las mujeres entrevistadas. Al igual que Macías Juárez (2012), Santillanes Allande (2017) plantea su investigación desde una perspectiva cualitativa y de la antropología médica enfocándose en el análisis de los PSEA y en el enfoque relacional, además de privilegiar el punto de vista de las actoras sociales. Santillanes Allande (2017) emplea 2 instrumentos metodológicos para la obtención de la información: la trayectoria migratoria y el itinerario del PSEA de la depresión. Sus hallazgos muestran que, el sistema de atención biomédico tuvo una utilidad temporal entre éstas, aunque especialmente en los momentos de crisis acudieron a distintas opciones terapéuticas para luchar contra la depresión, como, por ejemplo: los grupos de danza prehispánica, la lectura de la Biblia, la participación en pirámides⁶ y organizaciones comunitarias, así como la venta de productos del Club Herbalife.

Otra investigación doctoral que recupera la antropología médica es la de Goldberg (2003). Esta tesis se centra en el seguimiento de los procesos migratorios y sus relaciones con los PSEA de un grupo de senegaleses en Barcelona, España. El autor argumenta que los problemas en la salud de éstos se originan en las difíciles condiciones de trabajo y de vida que experimentaron a causa de su condición de inmigrantes en la sociedad europea. Se trata de un trabajo de corte cualitativo con énfasis en entrevistas en profundidad a través de las que se construyeron las trayectorias migratorias y los itinerarios terapéuticos. También se realizaron entrevistas en profundidad al personal sanitario.

En su investigación, Goldberg (2003) destaca la salud laboral como uno de los principales ejes analíticos, por lo que aborda los diferentes problemas de salud/enfermedad que padecieron los senegaleses en los invernaderos y en el comercio ambulante. En sus resultados destaca que los trabajadores en el comercio de venta ambulante experimentaron cansancio y fatiga. Situaciones que fueron tratadas con 2 tipos de plantas provenientes de su

⁶ Las pirámides o esquema piramidal es un esquema de negocios basado en que los y las participantes tienen que captar a más inversionistas porque de los nuevos se van a nutrir las ganancias de los anteriores. También es lógico que se le denomine pirámide ya que cada vez se necesitan más clientes para poder pagar los beneficios. Ver <https://www.gestion.org/que-es-el-esquema-piramidal-o-estafa-piramidal-de-negocios/>

lugar de origen, que comúnmente llevan consigo los migrantes. Ante sus padecimientos de salud, otros entrevistados optaron por recibir tratamientos biomédicos y tradicionales obteniendo resultados positivos, y para los que este sistema no fue funcional buscaron estrategias de atención a través de la medicina tradicional africana. Tanto Santillanes Allande (2017) como Goldberg (2003) utilizaron la metodología del itinerario terapéutico de los PSEA, logrando construir los episodios de la enfermedad de las y los migrantes, conocer las formas de atención, las prácticas realizadas, los recursos con los que disponían y las estrategias que desarrollaron para resolver sus diferentes problemas de salud.

En un estudio posterior de Goldberg (2010) sobre la incidencia de los factores socioculturales en el proceso asistencial de los pacientes con tuberculosis del Área Metropolitana de Buenos Aires, se abordaron los PSEA e identificó que dentro de estos grupos vulnerables se encontraban los migrantes bolivianos que trabajaban en los talleres textiles clandestinos. Dichos talleres funcionaban como unidades productivas-habitacionales centrales, con características que propiciaban la proliferación, contagio y transmisión de la tuberculosis. A partir de estos hallazgos se observó que los modos de vida y de trabajo trascendieron en los PSEA de las personas, pudiendo desencadenar padecimientos específicos, como en este caso lo fue la tuberculosis.

Los hallazgos de Goldberg (2013, p. 295) se reafirman en un estudio posterior sobre la desigualdad, las condiciones de acceso a la salud pública y los procesos de atención de los migrantes bolivianos de Buenos Aires y Sao Paulo, donde muestra que los principales padecimientos y malestares de salud estaban vinculados con los modos de vida y de trabajo de estos migrantes en los talleres de costura de Sao Paulo y los talleres textiles clandestinos en Buenos Aires, donde prevalecía la «tuberculosis, alergias, problemas posturales y de articulación, alcoholismo en hombres, violencia doméstica, retraso en el desarrollo psicofísico de los hijos pequeños, problemas de sociabilidad, anímicos y psicológicos en los trabajadores y alimentación escasa e inadecuada».

Así pues, en estos trabajos que retoman la antropología médica en un grupo específico de población migrante, destacan diferentes problemas de salud/enfermedad, además de que superan la visión biomédica, coinciden en considerar la voz del propio actor, y las

experiencias vividas a través de la trayectoria migratoria de estos sujetos. Es en esa línea de indagación que se orientan los principales aportes de esta investigación.

Prácticas Transnacionales de Migrantes y Servicios de Salud

Uno de los grandes problemas que tienen los migrantes indocumentados en Estados Unidos es el limitado acceso a los servicios de salud, pues el sistema de salud de ese país no tiene cabida para ellos. Los migrantes indocumentados solo pueden acceder al servicio de urgencias pagado o que está parcialmente costado por algunos programas caritativos (Zarza y Sobrino Prados, 2007). Estados Unidos tiene un sistema de salud segmentado en el que predomina el sector privado (Clínicas de Chile A.G., 2009), con costos demasiado altos que difícilmente pueden ser solventados por los migrantes indocumentados, lo que impacta en que una alta proporción de población no cuente con seguro médico (Cuadro 2).

El sistema de salud en México, aunque también está conformado por el sector público y privado, y si bien pareciera que fuera más inclusivo y con mayores facilidades (González-Vázquez, Torres-Robles y Pelcastre-Villafuerte, 2013), el problema radica en la eficiencia y capacidad de respuesta del sistema de salud, pues muchas veces es sobrepasado por la demanda de servicios. Por otro lado, la diferencia en los costos de los servicios de salud entre ambos países es notable, por lo que algunos migrantes que viven en Estados Unidos han buscado atender sus problemas de salud en México, particularmente considerando que se trata de un sistema más flexible en costos, de acceso a los medicamentos sin receta, de costumbre y confianza en la atención (González-Vázquez, Torres-Robles y Pelcastre-Villafuerte, 2013) (Cuadro 2).

Es en este sentido que, las dificultades para acceder a los servicios de salud estadounidenses fortalecen las prácticas transnacionales, dentro de las que cobran vital importancia las redes sociales. Tanto los trabajos de González-Vázquez, Torres-Robles y Pelcastre-Villafuerte (2013) y Nigenda et al. (2009) muestran que, ante la necesidad de atender sus problemas de salud, los migrantes promueven remedios caseros o la automedicación. En casos más complejos emergen otras prácticas, como, por ejemplo, buscar obtener un diagnóstico con un médico conocido por su familia en México, para posteriormente recibir el medicamento por paquetería.

Cuadro 2

Características de los sistemas de salud en México y en Estados Unidos

Sistema de salud	Características	Beneficiarios
Mexicano	El sector público comprende a las instituciones de seguridad social [IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR y otros]. (Gómez Dantés et al., 2010, p. 221)	Trabajadores del sector formal de la economía, instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud, la SSA, los SESA y el Programa IMSS-O.
	El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de 3 fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Tanto la SSA como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). El SPS se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SSA y a los SESA. (Gómez Dantés et al. (2010, p. 221)	
	El sector privado . Se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados. Ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados. (Gómez Dantés et al., 2010, p. 221)	Población con capacidad de pago.
Estadounidense	El sector público. (Clínicas de Chile A.G., 2009)	Personal militar, los excombatientes con discapacidades vinculadas con el servicio, los indios y nativos estadounidenses y los presidiarios de las prisiones federales.
	• Programa Medicare. Se financia en general mediante una combinación de impuestos a los sueldos, ingresos generales y primas que pagan los beneficiarios.	Todos los estadounidenses de más de 65 años, los que tienen insuficiencia renal permanente y ciertas personas con discapacidades.
	• Programa Medicaid. Es un programa de seguro de salud financiado en forma conjunta por el gobierno federal y los gobiernos estatales. El límite máximo de permanencia en el programa es de 5 años. Para obtener beneficios de Medicare, se debe haber trabajado en los Estados Unidos por un periodo de 10 años (o 40 trimestres).	Algunos sectores de la población de bajos ingresos y necesitados, incluidos niños, ancianos, ciegos, discapacitados y otros que reúnen los requisitos de encontrarse en una situación precaria en términos socioeconómicos.
	• El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP). Este programa está orientado a ofrecer atención médica gratis o a bajo costo.	Niños menores de 18 años, si cumplen con ciertas condiciones de ingreso familiar (bajos ingresos, pero no tan bajos como para ser beneficiarios de MEDICAID).
	Sector privado. Los servicios de salud en gran parte son entregados por el sector privado, y aproximadamente 70.0% de la población del país está cubierta por seguros de salud o autoseguros organizados por su empleador, quienes comparten con el empleado el costo. La ley no exige que el empleador proporcione cobertura en salud, pero ofrece ventajas tributarias para la compra de un seguro de salud o la organización de un autoseguro, siempre y cuando los trabajadores compren masivamente los planes que sus empleadores proporcionan. Los planes de cobertura ofrecidos por los empleadores en su mayoría son opciones con elección limitada de prestadores y sistemas de derivación dirigida, a través de organizaciones HMO, o de Prestadores Preferentes (PPO), desplazando mayoritariamente los planes de libre elección basados en pagos por prestación. El modelo característico de atención regulada son las HMO y los PPO se consideran una variación del modelo. Las HMO son organizaciones que entregan la totalidad de los servicios de salud a sus afiliados a cambio de una mensualidad (capitación) (Clínicas de Chile A.G., 2009).	

Fuente. Elaboración propia con base en los textos de Gómez Dantés et al. (2010, p. 221) y Clínicas de Chile A.G. (2009).

En otras ocasiones se trasladan a la frontera para hacer uso de los servicios de salud y comprar los medicamentos (González-Vázquez, Torres-Robles y Pelcastre-Villafuerte, 2013). Lo importante es destacar que los migrantes mexicanos no se quedan estáticos frente a sus problemas de salud, pues acudiendo a sus saberes, culturas y redes sociales buscan la mejor opción para atender sus enfermedades o padecimientos.

Además de la medicina alópata, es necesario tomar en cuenta que en México existen diversas «medicinas alternativas, indígenas, invisibles o populares como se les ha llamado, entre otros nombres, es extensa» (Lagarriga, 2000, pp. 17-18). Destacan también las tendencias terapéuticas relacionadas con la herbolaria, naturismo, vegetarianismo, entre otra serie de saberes, como lo sugieren García, Aizemberg y Baeza (2023) ante la falta de acceso al sistema de salud, estos problemas son atendidos por medio de la autoatención basada en el consumo de plantas medicinales, prácticas que vienen de saberes generacionales y que denotan la capacidad de agencia ante estas dificultades. Finalmente, es amplia la gama de alternativas y modos de atención de los que echan mano los migrantes para atender sus problemas de salud/enfermedad.

Metodología, Estrategias de Investigación y Métodos de Análisis

La estrategia metodológica propuesta en esta investigación es coherente con el marco conceptual de la antropología médica, la corriente transnacional de la migración y la mirada interseccional. En este sentido, para estudiar los PSEAP de los migrantes que retornaron de Estados Unidos a partir de la crisis económica internacional de 2008 al municipio de Tenancingo, se plantea una metodología mixta, cualitativa y cuantitativa. Se usa la metodología cuantitativa para realizar un ejercicio de estadística descriptiva enfocada en el análisis de los condicionantes estructurales de la salud, la magnitud de la migración de retorno y las características de los contextos en los que está inmersa esta población en sus localidades de origen. Por otro lado, la aproximación cualitativa se recupera para explorar las historias de vida y las trayectorias migratorias desde la voz de los actores, sus narrativas, experiencias, vivencias, saberes y tradiciones frente a los procesos de salud/enfermedad y la generación de sus propias estrategias de atención y cuidado de la salud.

De esto modo, se considera que la combinación de herramientas cualitativas y cuantitativas representa una ventaja para la producción de un mayor conocimiento, y la

captación de diferentes puntos de vista (May, 2006) sobre la problemática de salud/enfermedad, además de que otorga la posibilidad de trabajar sobre las debilidades que ambas metodologías tienen de manera independiente (Gacitua-Mario y Wodon, 2001), así como presentar información en un doble lenguaje, desde la interpretación de los actores y la descripción numérica (Brannen, 2005) de aspectos específicos.

Partiendo de esta perspectiva, en esta tesis se combinan herramientas de investigación de análisis documental, estadístico, de archivo, diseño y aplicación de una entrevista semiestructurada, observación, entrevistas en profundidad y el diario de campo. En una primera fase, la investigación documental se realizó con el propósito de discutir la literatura que sustenta el marco teórico-conceptual y el estado de la cuestión de esta investigación. La exploración de archivos históricos permitió documentar el proceso de salud y migración en los lugares de estudio, así como las características de la población migrante.

Por su parte, el análisis cuantitativo se basó en el manejo de bases de datos, específicamente las del Censo de Población y Vivienda 1990-2020, estadísticas de salud brindadas por el Hospital General de Tenancingo a través de sus registros hospitalarios, el Sistema Único de Información de Vigilancia y Epidemiología, el Plan de Desarrollo Municipal de Tenancingo 2022-2024, la Unidad Política Migratoria, que fueron fundamentales para conocer las características sociodemográficas y de salud del municipio de Tenancingo y de las localidades a las que pertenece la población migrante.

Sobre el análisis cualitativo, se realizó una primera aproximación a campo en mayo de 2021, donde se llevó a cabo trabajo de observación, recorridos de campo y entrevistas semiestructuradas a diferentes actores: una curandera, una enfermera del centro de salud de Tepetzingo, el presbítero de la parroquia de San Francisco, 2 mujeres comerciantes que venden productos de medicina tradicional. El diálogo con estos actores fue clave para entender el sistema de relaciones sociales en las comunidades de estudio. En este proceso también fue prioritario el acercamiento con algunos informantes clave, a fin de obtener mayor conocimiento del área de estudio, destacándose la Lic. Emigdia (exfuncionaria pública municipal) y el cronista municipal (Christian). Por otro lado, se realizaron entrevistas semiestructuradas a la población migrante retornada y deportada que cumplió con los criterios de selección, en este primer acercamiento se recuperó información

sociodemográfica, pero sobre todo elementos generales sobre su salud, trayectoria migratoria y de trabajo. Este fue un insumo estratégico para construir la guía de las entrevistas en profundidad.

En este primer acercamiento con la población migrante se explicó la finalidad de las entrevistas y la importancia de su participación en la investigación. En todos los casos se presentó la credencial de estudiante, así como el oficio expedido por el coordinador del Doctorado en Ciencias Sociales de El Colegio de Michoacán, con la finalidad de generar confianza y asegurar la confidencialidad de la información proporcionada.

Posteriormente, se llevó un segundo periodo de trabajo de campo intensivo que abarcó de noviembre de 2021 a mayo de 2022, donde se realizaron entrevistas en profundidad a la población migrante, buscando que dialogaran sobre el tema de una manera abierta y permitiendo que ellos mismos decidieran cómo responder, pero siempre guiándolos y redirigiendo la conversación para profundizar en los temas de interés. Aunado a lo anterior, se acudió al uso del diario de campo y el trabajo etnográfico para el registro de información de lo aprendido durante el proceso, así como de las situaciones que fueran susceptibles de ser interpretadas.

Actores Entrevistados y Criterios de Selección

El acercamiento con las personas migrantes entrevistadas, quienes en esta investigación son considerados colaboradores, fue facilitado por la Lic. Emigdia, pues su trabajo durante aproximadamente 18 años en el Ayuntamiento de Tenancingo le permitió interactuar con muchos migrantes.⁷ En total, fueron 8 las personas entrevistadas: 4 mujeres y 4 hombres migrantes, que compartieron sus historias de vida y cuya heterogeneidad en su perfil permitió obtener narrativas y experiencias particulares y diferenciadas. Para su selección se tomaron en cuenta los siguientes criterios: a) que hayan trabajado en Estados Unidos por al menos un año; b) hombres y mujeres; c) que se encontraran viviendo en Tenancingo una vez que retornaron; y 4) que el regreso a sus localidades de origen haya ocurrido de 2008 en adelante.

⁷ La Lic. Emigdia dio seguimiento a la población migrante por su trabajo como servidora pública en el Ayuntamiento de Tenancingo, donde fue responsable de la Oficina de Turismo y de la Oficina Municipal de Enlace con la Secretaría de Relaciones Exteriores.

Erasto fue el primer migrante con el que se tuvo la oportunidad de charlar. Actualmente vive en la cabecera municipal de Tenancingo, en el barrio La Campana, de donde también es originario. Tenía 58 años al momento de la última entrevista. Realizó una carrera técnica antes de irse para Estados Unidos, es separado y tiene 4 hijos. Emigró a California en 2004 y regresó a Tenancingo en 2020, comprendiendo su retorno tanto voluntario como forzado, porque no quería regresar, pero sus problemas de salud le impidieron permanecer en dicho lugar (Cuadro 4). Todas las conversaciones tuvieron lugar en la casa de su hermana, ubicada a un lado de su vivienda, porque era más grande y en palabras de Erasto «tenía acondicionada la sala». Siempre fueron charlas amenas y fluidas, pareciera que sentía la necesidad de contar su historia de vida, sus vivencias y experiencias. El trato fue excelente y hasta el momento sigue el contacto.

Posteriormente se realizó el acercamiento con Azucena, contacto que también fue facilitado por la Lic. Emigdia. Azucena reside en el pueblo de San Nicolás, del cual es oriunda. Tenía 46 años al momento de la última entrevista, es casada y tiene 3 hijos. No alcanzó a terminar la preparatoria. Emigró hacia Estados Unidos en 2003, estableciéndose en Chicago y regresó a Tenancingo en 2012. Estuvo alrededor de 10 años (Cuadro 3). La primera conversación fue en una vivienda semi-construida propiedad de un hermano, en ese lugar había un pequeño local y vendía algunos artículos de abarrotes, aunque lo principal era la venta de chicharrón. Las demás entrevistas fueron en su casa. En este caso, el proceso de entrevista fue largo, dado que regularmente se encontraba ocupada con la confección del rebozo. No obstante, la atención por parte de ella fue excelente, siempre dispuesta al diálogo.

El tercer colaborador fue Esteban, también contacto de la Lic. Emigdia. Esteban vive en el pueblo de Tepetzingo, nacido ahí también. Es el más joven de todos los colaboradores, tenía 32 años cuando se realizó la última entrevista. Es casado y tiene 2 hijos, estudió la secundaria completa. Se fue para Estados Unidos en 2008, llegando a Delaware y regresó deportado a Tenancingo en 2010 (Cuadro 4). Con Esteban, las charlas fueron en la casa de sus padres, donde también vivía él. Fue una conversación amena, con algunos episodios de llanto al recordar sus vivencias. En esa ocasión, durante la entrevista, llegaron su hermano Norberto y un sobrino. Esta fue una ocasión para negociar una conversación con Norberto, en tanto cumplía con los criterios de selección. Pasaron alrededor de 5 meses para continuar las entrevistas con Esteban, por su limitada disponibilidad de tiempo. Esas últimas entrevistas

se realizaron mientras se encontraba trabajando en la parroquia de Tepetzingo arreglando un baño. De igual forma, se mantuvo la comunicación continua con Esteban, y cuando he ido a charlar con otros colaboradores también nos hemos encontrado. Esteban me llevó con otras personas de Tepetzingo, en donde tuve la oportunidad de conocer a Mary y Alberto.

Posteriormente, se charló con Norberto mientras su hermano Esteban y su sobrino hacían un trabajo de albañilería en la fachada de su casa. Norberto también vive en Tepetzingo, del cual es originario. Tenía 47 años al momento de la última entrevista, es separado y tiene 3 hijos. Estudio la secundaria completa, se fue para Estados Unidos en 1992, llegó a la Florida y regresó a Tenancingo en 2013 con estatus de deportado (Cuadro 4). Esa primera vez la conversación fue de varias horas. Al finalizar ésta fue posible comer con su mamá, se trató de un momento que aparentemente contribuyó a facilitar la interacción y generar confianza. Sin embargo, cuando se buscó programar otra conversación con Norberto comentó que no era posible porque «no le había dado buena impresión a su mamá», por lo que no sería factible seguir con las entrevistas por respeto a su madre. En la búsqueda por resolver este conflicto se estableció comunicación con la Lic. Emigdia, quien acordó hablar con la señora para aclarar la situación. También se entabló comunicación con Esteban y comentó que por su parte no tenía problema en continuar. Meses después se contactó nuevamente a Norberto. En esa ocasión, accedió a continuar la conversación y tiempo después las charlas tenían lugar en el taxi donde él trabajaba. Hasta el momento, la comunicación también es constante.

Más adelante se estableció contacto con Mary. Tenía 43 años al momento de la última entrevista, vive en el pueblo de Tepetzingo, del que también es oriunda. Es separada y tuvo 4 hijos, de los cuales viven 3. Estudió la high school en Estados Unidos. Es la única que pertenece a la generación migratoria 1.5. Emigró a Estados Unidos en 1993, específicamente a la Florida, cuando tenía 13 años y regresó a Tenancingo en 2016. Su retorno fue voluntario forzado, porque deportaron a su esposo y no quiso dejarlo (Cuadro 3).

Cuadro 3

Características básicas de las mujeres migrantes entrevistadas de Tenancingo

Características/ migrantes	Micaela	Azucena	Mary	Adriana
Localidad	La Trinidad (colonia)	San Nicolás (pueblo)	Tepetzingo (pueblo)	San Antonio Agua Bendita (comunidad)
Edad (1) / (2)	70 / 75	37 / 46	36 / 43	22 / 36
Escolaridad	Primaria incompleta	Preparatoria incompleta	High school	Secundaria completa
Estado conyugal	Separada	Casada	Separada	Casada
Número de hijos	5 vivos, 3 fallecidos	3	3 vivos, 1 fallecido	3
Año de partida / regreso	1993 / 2016	2003 / 2012	1993 / 2016	2006 / 2008
Forma de regreso	Retorno voluntario forzado (por salud)	Retorno voluntario forzado (su esposo no quería seguir en EE. UU.)	Retorno voluntario forzado (moral)	Retorno voluntario forzado (esposo deportado)
Años trabajando en EE. UU.	23	10	18	2
Condición migratoria en EE. UU.	Indocumentada	Indocumentada	Indocumentada (migrante de generación 1.5)	Indocumentada
Trabajo realizado en EE. UU.	Limpieza de oficinas; lavandería; lavandería de un hotel	Cuidado de niños; costura; empuntaba el rebozo; limpieza de casas, apartamentos e instituciones del gobierno	Cuidado de niños, invernadero de flores y plantas tropicales, gasolinera, trabajo agrícola	Hotel, McDonald's, Carl's Jr.
Lugares en donde trabajó en EE. UU.	New Castle (Delaware)	Chicago (Illinois)	Homestead (Florida); Clinton (Carolina del Norte)	Phoenix (Arizona)
Trabajo actual en México	No trabaja	Elaboración del rebozo, participación en exposiciones, funcionaria del ayuntamiento	Vendedora tienda de abarrotes	Tiene una tienda, trabajo agrícola de flores de su propiedad
Padecimientos	MX: Anemia, violencia doméstica, violencia psicológica, violencia económica, dolor de la vesícula, estrés, depresión EE. UU.: Bronconeumonía, intoxicación, extirpación de la vesícula, extirpación tumor canceroso MX: COVID-19, problemas estomacales	MX: Enfermiza por el cambio de clima desde niña, problema de las anginas, gastritis, depresión postparto, violencia física por parte de un cuñado (hermano de su esposo) EE. UU.: Abuso sexual, depresión, estrés, probabilidad de aborto MX: COVID-19, estrés	EE. UU.: Violencia doméstica extrema (psicológica y física), estrés, miedo, extirpación de la vesícula MX: Estrés, COVID-19 (sin prueba), diabetes	MX: Tristeza y frustración, estrés, miedo EE. UU.: Espina enterrada en una pierna, extirpación de la vesícula, quemaduras, estrés MX: Estrés, dolor en el hígado
Formas de atención	Medicina alópata, medicina tradicional, autoatención, automedicación	Medicina alópata, medicina tradicional, curandero, autoatención	Medicina alópata, medicina tradicional	Medicina alópata, medicina tradicional, autoatención

Fuente. Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo, Tenancingo, mayo de 2021 a mayo de 2022.

(1) Al retorno.

(2) Al momento de la última entrevista.

Cuadro 4

Características básicas de los hombres migrantes entrevistados de Tenancingo

Características/ migrantes	Erasto	Norberto	Alberto	Esteban
Localidad	La Campana (barrio de la cabecera municipal)	Tepetzingo (pueblo)	Tepetzingo (pueblo)	Tepetzingo (pueblo)
Edad (1) / (2)	56 / 58	37 / 47	33 / 43	21 / 32
Escolaridad	Carrera técnica	Secundaria completa	Primaria incompleta	Secundaria completa
Estado conyugal	Separado	Separado	Casado	Casado
Número de hijos	4	3	3	2
Año de partida / regreso	2004 / 2020	1992 / 2013	1994 / 2012	2008 / 2010
Forma de regreso	Retorno voluntario forzado (por salud)	Deportado	Retorno voluntario (ansiedad por ver a su familia)	Deportado
Años trabajando en EE. UU.	16	21	19	2
Condición migratoria en EE. UU.	Indocumentado	Indocumentado	Indocumentado	Indocumentado
Trabajo realizado en EE. UU.	Trabajo agrícola, construcción	Recolección de escombros, construcción de techos, trabajo agrícola	Jardinería, construcción	Jardinería
Lugares en donde trabajó en EE. UU.	Stockton (California); Valle de San Fernando (California)	Homestead (Florida); Grand Rapids (Michigan)	Coatesville (Pennsylvania); Arlington (New Jersey); Wilmington (Delaware)	New Castle (Delaware)
Trabajo actual en México	De manera esporádica ha estado trabajando cuidando casas	Taxista	Taxista	Plomería, taxista
Padecimientos	MX: Anemia, estrés EE. UU.: Niveles de presión y colesterol altos, estrés, derrame cerebral, tratamiento de próstata MX: Control de presión y colesterol, tratamiento para el derrame cerebral, tratamiento de la próstata	MX: Alcoholismo y drogadicción EE. UU.: Pequeño tumor benigno, alcoholismo y drogadicción MX: Afectación psicológica por deportación, dolor en el hígado, estrés y depresión	EE. UU.: Cansancio, estrés, ansiedad, accidente laboral (columna), 2 veces intento de suicidio, carnosidad en los ojos MX: Dolores en la cintura, carnosidad en los ojos	MX: Pie plano, estrés, nerviosismo EE. UU.: Dolor de cabeza y de estómago, diarrea, vómito, deshidratación, cansancio, dolor en la espalda, dolor en la planta de los pies MX: Dolor de garganta, nariz tapada, problemas de salud mental, intolerancia a la lactosa
Formas de atención	Medicina alópata, medicina china, medicina tradicional, médicos homeópatas, autoatención	Medicina alópata, curandero	Medicina alópata, autoatención, atención psiquiátrica, curandero, jugar fútbol, tomar cerveza y alcohol, soportar el dolor, fajarse la cintura, hacer ejercicio	Orar, automedicación, medicina alópata, curandero

Fuente. Elaboración propia con base en los resultados del trabajo de campo, Tenancingo, mayo de 2021 a mayo de 2022.

(1) Al retorno.

(2) Al momento de la última entrevista.

Las entrevistas con Mary nunca fueron en el interior de su casa, porque sus padres desconocían la situación de violencia intrafamiliar que vivió en Estados Unidos. En 3 ocasiones las conversaciones fueron afuera de la casa y en otras 2 ocasiones en un local de comida rápida que se encuentra a una cuadra de donde vivía. En un principio fue muy complejo concretar las citas por su trabajo doméstico, el cuidado de su padre y su hija, así como por su trabajo en una empresa de flores. En varias ocasiones se acordó encontrarnos afuera de su casa, pero ya estando ahí decía que no podía atenderme. De igual manera, se conserva el contacto con ella.

Después a través de Esteban se estableció contacto con Alberto. Tenía 43 años al momento de la última entrevista. Es casado y tiene 3 hijas. Vive en el pueblo de Tepetzingo, de donde es oriundo. Tiene la primaria incompleta. En 1994 emigró a Estados Unidos siendo aún menor de edad y regresó en 2012. Su retorno fue voluntario. Fue el único migrante que tuvo una migración circular. Estuvo trabajando en 3 estados del país del Norte: Pennsylvania, New Jersey y Delaware (Cuadro 4). En este caso también fue complicado establecer el tiempo para las entrevistas por su trabajo. Sin embargo, la disposición de Alberto fue amplia, pues, en varias ocasiones sacrificó tiempo de su jornada laboral para participar de este trabajo compartiendo su experiencia.

En una ocasión se programó una charla con Alberto que tendría lugar en la base de taxis, mientras esperaba su turno para salir. Sin embargo, un día antes llovió muy fuerte y se cayeron varios árboles, por lo que comentó que tenía que ir a recoger uno de éstos para tener leña. Este momento favoreció la comunicación, pues se tuvo la oportunidad de acompañarlo durante casi 5 horas. Mientras él cortaba, yo le ayudaba recogiendo los trozos de madera y las ramas en montones, para luego subirlas a su camioneta y trasladarlas a su casa. Alrededor de las 2 de la tarde, después de dejar la madera en su casa fuimos al centro de Tenancingo a comer comida China y posteriormente al estacionamiento de un supermercado, donde comenzó la entrevista en el carro. En otra ocasión la charla fue en un restaurante, donde desayunamos, para luego continuar con la plática en un parque.

La indagatoria con otras personas conocidas en el marco de esta investigación posibilitó concretar la entrevista con Adriana. Ella vive en el pueblo de San Antonio Agua Bendita, pero es originaria de Quetzalapa, otra localidad de Tenancingo. Tenía 36 años

cuando le realicé la última entrevista. Es casada y tiene 3 hijos. Cursó la secundaria completa. Se fue para Estados Unidos en 2006 y se estableció en Phoenix, Arizona. Regresó a Tenancingo en 2008. Tuvo un regreso voluntario forzado por la deportación de su esposo (Cuadro 3). En este caso también se complicó la programación de las entrevistas, sobre todo porque durante un tiempo no tenía teléfono celular, pues el dispositivo se lo llevó su esposo, quien regresó a Estados Unidos. Después de varias semanas consiguió un nuevo teléfono, pero el trabajo dificultó su disponibilidad de tiempo. Con Adriana, generalmente se estuvo a la espera de que ella se comunicara e indicara los tiempos para seguir con las entrevistas.

Por último, la Lic. Emigdia facilitó la comunicación con Micaela, quien vive actualmente en la colonia La Trinidad, pero es originaria del centro de Tenancingo, de la calle Iturbide. Tenía 75 años al momento de la última entrevista. Es separada y tuvo 8 hijos, de los cuales sobreviven 5. No alcanzó a terminar la primaria. Se fue para Estados Unidos en 1993 y regresó definitivamente a Tenancingo en 2016. Permaneció en aquel país del Norte alrededor de 23 años, tiempo en que regresó 2 veces a México. Siempre estuvo en Delaware (Cuadro 3). Con Micaela, las entrevistas en profundidad se desarrollaron sin inconvenientes en su casa, su disposición para participar facilitó las conversaciones. Actualmente se mantiene contacto con ella.

Método Etnográfico, Historias de Vida y Relatos Biográficos

El uso del método etnográfico permitió realizar una aproximación al análisis de los PSEAP de las personas migrantes de Tenancingo, explorar sus historias de vida y sus representaciones, pero, particularmente recuperar su punto de vista, sus narrativas, sus experiencias, sus vivencias, sus subjetividades, saberes y apreciaciones. De esta manera, fueron los propios actores los que dieron cuenta de lo que piensan, dicen, sienten y realizan considerando sus modos de vida, sus itinerarios terapéuticos y las diferentes condiciones de su salud y sus padecimientos. De igual forma, a través de este método fue posible conocer las características de los propios sujetos, observar su entorno y explorar sus redes sociales, así como realizar recorridos de campo para conocer la zona de estudio, tener varias conversaciones informales con habitantes del municipio, observar las condiciones físicas de algunas zonas de estudio, identificar la dinámica de movilidad de las personas, de las

actividades económicas y de los diversos lugares dedicados a la atención de la salud de las personas desde diferentes esferas.

En el ámbito de la salud, Ramírez Hita (2009) señala que el aporte del método etnográfico es ir más allá de los datos numéricos, para indagar la relación que los problemas de salud/enfermedad tienen con la situación política, socioeconómica y cultural, y no necesariamente con aspectos sanitarios o biológicos. De este modo, el uso de dicho método permitió obtener información sobre eventos específicos de la historia de vida de los sujetos, sus familias y sus comunidades, lo que difícilmente puede obtenerse a través de otros medios. La etnografía facilitó la recolección de información de manera directa, identificar diversos datos sobre prácticas, hechos y entornos, donde existe una interacción con los actores, conociendo desde la observación la realidad de su contexto (Figueredo Borda, 2017).

Para recopilar la información y construir las trayectorias migratorias y laborales, los modos de vida y los itinerarios terapéuticos de los sujetos de investigación, se acudió a un enfoque holístico a fin de comprender e interpretar la realidad, así como los diferentes significados, percepciones y experiencias de cada persona entrevistada (Martín Muñoz, Gálvez González y Amezcua, 2013). Para ahondar en el punto de vista del actor y su subjetividad en el análisis de los PSEAP de las mujeres y hombres trabajadores migrantes que retornaron de Estados Unidos se utilizó el método biográfico, por su utilidad para centrarse en momentos específicos de las fases del proceso migratorio.

De acuerdo con Pujadas (2000), en los últimos años ha habido una recuperación y auge del método biográfico, buscando revalorizar al actor social, tanto a nivel individual como colectivo, sin reducirlo a una condición de dato o variable. Mientras Sanz Hernández (2005) destaca varios elementos que fundamentan su utilidad en esta investigación: 1) pone a prueba las habilidades y capacidades del investigador al tomar en cuenta la observación, el escuchar, comparar y escribir (Sanmartín, 2003, como se citó en Sanz Hernández, 2005); 2) para entender a los sujetos, es necesario remitirse a las estructuras históricas de su vida cotidiana; 3) permite contrastar entre las perspectivas macro y micro; 4) inclusión de lo retrospectivo, longitudinal y subjetivo; y 5) se busca más la significatividad que la representatividad.

Por otro lado, se considera la importancia que las estructuras históricas tienen para entender los PSEAP de la población migrante estudiada, y conocer lo ocurrido en cada fase migratoria. Así mismo, retomar y analizar los diferentes niveles (micro, meso y macro) fue importante en esta investigación que adopta un enfoque relacional, desde el que se toman en cuenta el mayor número de actores posibles involucrados en los PSEAP de la población migrante. De igual forma, como se señaló anteriormente, se realiza un análisis longitudinal, retrospectivo y subjetivo para dar centralidad a los significados y la visión de los actores sociales.

Con estos elementos se enfatiza en los relatos biográficos, que según Pujadas (2000) tienen una fuerte relación con la metodología etnográfica. De acuerdo con Amezcua y Hueso Montoro (2009) el relato biográfico es afín al relato o historia de vida (life story), para referirse a la historia de una vida tal y como la persona lo ha vivido y lo expresa. Estos autores refieren que el relato biográfico no toma en cuenta la historia completa de una vida, sino ciertos pasajes de ella, es decir, un relato parcial que se justifica en el interés de la investigación.

En este sentido, los relatos biográficos son pertinentes para resaltar aspectos vinculados con los modos de vida, los itinerarios terapéuticos y las diversas situaciones que es necesario considerar para entender los PSEAP de la población desde una mirada holística. Algunas de las potencialidades que deben destacarse del relato biográfico es que incluye el punto de vista del actor –siendo protagonista–, la posibilidad de hacer un análisis en diferentes niveles, las representaciones, trayectorias y otros acontecimientos. A pesar de ello tiene como problema los límites de la memoria, por tratarse como mencionan Velasco y Gianturco (2015, p. 138) de una «facultad que olvida», que puede modificar y seleccionar los recuerdos. No obstante, al mismo tiempo se considera que esta facultad humana es la única forma para recuperar esta información a través de la narrativa oral.

Asimismo, el relato biográfico permitió obtener información de manera flexible, sin una rigidez que pudiera distorsionar la información compartida por el entrevistado, y al mismo tiempo del investigador, complicando la forma de interpretar la información. En síntesis, la pertinencia de los relatos biográficos en esta investigación responde a su utilidad para poner el acento en facetas específicas y estrictamente relacionadas con el objeto de

estudio, a fin de reconstruir los itinerarios terapéuticos, desde la subjetividad y la experiencia vivida por los tenancinguenses retornados.

Estrategias Metodológicas y de Trabajo de Campo en Contexto Pandémico

Para dar respuesta a los objetivos, preguntas e hipótesis, la estrategia metodológica cambió con respecto a lo planteado al inicio de este trabajo de tesis que originalmente se propuso realizar en el municipio de Coatepec Harinas. No obstante, en 2021, la acentuada situación de violencia e inseguridad registrada en éste llevó al replanteamiento del contexto de estudio, con el propósito de salvaguardar la integridad propia y la de los entrevistados. Ante ello se optó por el municipio de Tenancingo, también del Estado de México.

Anteriormente se había realizado un acercamiento al municipio de Tenancingo para entrevistar trabajadores migrantes agrícolas con visas H-2A estadounidenses y del PTAT de Canadá,⁸ lo que permitió identificar tanto trabajadores migrantes agrícolas, como ubicar a Tenancingo como un contexto de emigrantes indocumentados que se van a Estados Unidos. Con el apoyo de 2 informantes clave, la Lic. Emigdia y el cronista municipal, se obtuvo información sobre el municipio y la dinámica migratoria que ha presentado desde el año 2000.

La investigación se basa tanto en lo que expresó la población de estudio, como en la observación que permitió identificar aspectos de los condicionantes estructurales, como, por ejemplo, las condiciones de la vivienda, el trabajo realizado, hábitos alimenticios, entre otros aspectos. Así también se reconocieron condicionantes estructurales (económicos, políticos, sociales y culturales) relacionados con las instituciones de salud, las estructuras comunitarias de las localidades de origen y de recepción, y las políticas migratorias y de salud en ambos países.

Durante el transcurso de un año se programaron y reprogramaron citas con la población de estudio, procurando que cada encuentro se enfocara en una de las fases migratorias en particular, para evitar que los colaboradores pudieran sentirse cansados. Había

⁸ Trabajo que se realizó en coautoría con la Dra. Ofelia Becerril Quintana para un artículo publicado en el periódico La Jornada (2021) y otro artículo publicado en la Revista Atena Editora (2022).

ocasiones en las que en un solo día se programaron hasta 2 entrevistas, aunque también era frecuente que pasaran algunas semanas y no se concretara ninguna.

A la par de las entrevistas en profundidad, su transcripción fue una labor obligada que demandó un amplio periodo de tiempo, pues el promedio de horas de las entrevistas en profundidad fue de aproximadamente 8 horas, aunque con algunos migrantes se registraron alrededor de 12 horas de grabación.

Métodos de Análisis de la Información

La transcripción de las entrevistas en profundidad requirió construir una matriz para descargar la información proporcionada por la población de estudio, lo que permitió sistematizar y preparar la información para el análisis de los diferentes casos y en cada fase migratoria (Cuadro 5).

Esta matriz de análisis temático de la información recopilada y del análisis narrativo de las entrevistas en profundidad fueron el sustento de la información y la argumentación de los capítulos III, IV y V, cuya evidencia empírica fue importante para identificar algunos patrones y temas relevantes sobre las vivencias y experiencias dentro de los PSEAP de los migrantes entrevistados. El método de análisis y de exposición se centró en los conceptos clave propuestos en el marco analítico: modos de vida e itinerarios terapéuticos.

Dentro de las ventajas de la investigación de campo es que todos los colaboradores permitieron grabar las entrevistas, lo que permitió recuperar sus experiencias tal cual fue expresado por ellos. La tecnología favoreció la comunicación constante, específicamente los smartphones, por medio de los cuales fue posible el envío de información, audios, texto e imágenes. Así se recibieron, por ejemplo, fotografías de documentos que obtuvieron en Estados Unidos, y que también forman parte de los recursos que sustentan el método biográfico. De igual forma, a través de este dispositivo móvil ha sido posible solventar dudas específicas que surgieron en los momentos de transcripción y de análisis de las entrevistas.

Cuadro 5

Análisis temático de modos de vida, itinerarios terapéuticos y PSEAP

Fase migratoria	Modos de vida/Itinerario terapéutico	
En el lugar de origen	Información sociodemográfica y vida familiar	Fecha y lugar de nacimiento, escolaridad, organización de la familia, situación conyugal, tipo de vivienda, religión.
	Hábitos alimenticios	Tipo de alimentación, productos base de la alimentación, variedad alimenticia, lugar de preparación de los alimentos, horario para el consumo de los alimentos.
	Tiempo libre, recreación y ocio	Tipo de actividad física extralaboral, lugares apropiados para recreación, disposición de tiempo libre, participación de programas recreativos.
	Trabajo y trayectoria laboral	Trabajos realizados, ingresos percibidos, tiempo de permanencia en los trabajos, horas trabajadas, contrato laboral.
	Itinerario terapéutico	Padecimientos y enfermedades en Tenancingo, modelos y lugares de atención, curación y mejoría de padecimientos y malestares, trato recibido por personal de salud, prácticas de diferentes alternativas médicas, formas de prevención, creencias y uso de escapularios.
Previo y durante el traslado	Decisión personal y familiar al migrar	Familiares emigrantes, razones para emigrar, consensos y disensos al emigrar, afectación emocional por migrar, fecha en la que emigró por primera vez, experiencia del traslado, intentos para cruzar, ayuda recibida.
	Trayectoria laboral	Trabajo durante el traslado, empleos desempeñados, sueldo percibido.
	Comunicación con la familia	Comunicación con familiares, requerimiento de ayuda, redes en lugar de recepción.
	Itinerario terapéutico	Problemas de salud durante el traslado, causas de los problemas de salud, atención de los problemas de salud.
En el lugar de recepción	Vivienda	Personas con las que vivió en EE. UU., tipo de servicios de la vivienda, cambio de vivienda, composición familiar, número de personas en la vivienda, organización familiar y laboral.
	Trayectoria laboral	Tiempo transcurrido para empezar a trabajar, forma en la que consiguió el empleo, tipos de trabajos realizados, tiempo de permanencia en los empleos, implementos para el trabajo, ingresos mensuales, tipo de contrato, jornada laboral, medio de transporte para llegar al trabajo, trabajos alternos.
	Hábitos alimenticios	Tipo de alimentación, cambios con respecto a México, base de la dieta alimentaria, horarios de comidas, variación de la alimentación en EE. UU., consumo de bebidas azucaradas, consumo de agua.
	Tiempo libre, recreación y ocio	Tiempo de descanso después del trabajo, tiempo disponible para recreación, lugares apropiados para recreación, participación en programas recreativos.
	Vida cotidiana	Actividades realizadas en EE. UU., aspectos que mejoraron, formas de integración en la sociedad estadounidense, prácticas discriminatorias, acciones violentas vividas.
	Prácticas transnacionales	Lazos con el país de origen, formas de comunicación con el lugar de origen, redes personales y de amistad, participación en asociaciones de paisanos, envío de remesas, inversión en bienes en México, solicitud de ayuda médica, relación con la economía en el lugar de origen.
	Itinerario terapéutico	Padecimientos y enfermedades vividas en EE. UU., síntomas registrados, origen de los síntomas y padecimientos, diagnóstico de los padecimientos, repercusiones para la salud, afectaciones de los problemas de salud, tipo de atención, ayuda de familiares, retiro en el trabajo por enfermedad.
Durante el retorno	Formas, tiempos y lugares de retorno	Año de retorno, forma de regreso, familia en EE. UU., ayuda del consulado mexicano, sentimiento por el regreso a México, regreso al mismo lugar de origen, proceso de reincorporación a la vida social.
	Trayectoria laboral	Proceso de reincorporación a la vida laboral, tipo de actividades realizadas, sueldo recibido, prestaciones laborales, horas de trabajo, mismas actividades que las realizadas en EE. UU., puesta en práctica lo aprendido en EE. UU.
	Hábitos alimenticios	Tipo de alimentación al regreso a Tenancingo, variación con respecto a EE. UU., el tipo de alimentación a qué fase migratoria se asemeja, horarios de las comidas con respecto a EE. UU., tipo de alimentación con la que se siente mejor.
	Tiempo libre, recreación y ocio	Aumento del descanso en comparación con EE. UU., mayor tiempo para actividades de recreación, lugares para recreación, participación en programas recreativos.
	Prácticas transnacionales	Contacto con parientes y amigos en EE. UU., redes y tipo de contactos, ayuda recibida por parientes y amigos de EE. UU., ayuda brindada a parientes y amigos de EE. UU., regreso a EE. UU.
	Relaciones de género	Relaciones de género y continuidades en desigualdades de género.
	Itinerario terapéutico	Padecimientos durante el proceso de retorno, tipo de atención de estos padecimientos, continuidad de tratamientos, lugares para la atención, otros padecimientos registrados, padecimientos originados en EE. UU., tipo de atención para este tipo de malestares, tipo de ayuda recibida.

Fuente. Elaboración propia.

Dificultades y Limitaciones de la Investigación

Entre las principales dificultades para el desarrollo de la investigación se destaca la identificación y la negociación de las entrevistas entre la población migrante que retornó de Estados Unidos. En algunas ocasiones, se iniciaron conversaciones con personas que no cumplían con algunos de los criterios de selección, por lo que no eran elegibles. Todo esto en pleno contexto pandémico. Las dificultades fueron mayores entre las mujeres migrantes, quizá por desconfianza no aceptaban responder por tratarse de un investigador hombre, o bien porque consideraban que se requería de mucho tiempo para las entrevistas. Así sucedió con una mujer, con quien ya se tenía cita programada y canceló el mismo día, después de encontrarla en las afueras del Ayuntamiento (donde trabajaba). Comentó que tenía una cita médica, revisó la guía de entrevista y quedamos de reunirnos posteriormente por medio de Zoom.⁹ La cita no se concretó y después de contactarla en repetidas ocasiones se optó por dejar de insistir. Una situación semejante sucedió con otras mujeres migrantes que eran susceptibles de ser entrevistadas. En otras ocasiones, después de haber avanzado con las entrevistas parecía haber momentos en los que las mujeres no querían seguir participando, lo que comprometía los resultados del trabajo de investigación. Esto da cuenta de la constante negociación que se realiza con las personas entrevistadas, de los ajustes en los tiempos, donde la espera, el bloqueo y la fluidez está presente, así como de las habilidades que como investigadores cualitativos se requiere para gestionar el acceso a las experiencias de vida de los sujetos de estudio.

Entre las limitantes sobresalen las relacionadas con la pandemia por COVID-19, aunque es de llamar la atención que en las localidades en donde se entrevistaron a las personas migrantes, parecía que no se había creado suficiente conciencia sobre la necesidad de protegerse, pues eran pocas las personas que utilizaban el cubrebocas. Mientras estuve charlando con las personas migrantes ninguno hizo uso de éste, aunque personalmente se procuró seguir el protocolo de la sana distancia y otras medidas de protección. Otra de las dificultades fue el clima, una parte del trabajo de campo se realizó en tiempo de lluvias, lo que complicó el desarrollo de las actividades y el traslado a las comunidades, pues la carretera no se encontraba en buenas condiciones.

⁹ Plataforma de internet que sirve para realizar videoconferencias.

En relación con las entrevistas a otros actores no se logró obtener respuesta de los funcionarios públicos correspondientes a los ámbitos de salud y migración, pues en todas las ocasiones que se acudió a las oficinas del Ayuntamiento de Tenancingo para solicitar ser recibido por las regidoras responsables (en 2021), nunca se encontraban. En la búsqueda por gestionar estas entrevistas e información relacionada con el tema se realizaron diversas solicitudes al personal correspondiente, y aunque aseguraban atender dichas peticiones no se obtuvo respuesta ni por la Oficina de Salud Pública, la de Prevención y Atención de Conflictos Laborales, y la Coordinación de Salud Municipal o la Jurisdicción Sanitaria.

En la Jurisdicción Sanitaria contaban con la información solicitada, pero el titular se negó a brindarla señalando haber tenido una mala experiencia en un municipio en donde trabajó. Por recomendación de éste se solicitó por oficio a la Unidad de Enseñanza del Estado de México el documento del diagnóstico de salud del municipio, pero tampoco hubo respuesta. Al no haber contestación por ningún funcionario, se acudió al SAIMEX¹⁰, con la finalidad de solicitar esta información que es de carácter público. Fue por este portal que se obtuvieron algunos cuadros de información, que fueron útiles para la investigación. En este caso se advierten que las múltiples dificultades de acceso a la información obstaculizan el desarrollo de las investigaciones, como ha sido en este estudio, el trabajo y diálogo con diferentes actores a fin de tener una mirada holística y relacional. Siguiendo con este proceso de obtención de información se acudió a la Dirección de Desarrollo Económico del Ayuntamiento para solicitar un censo actualizado de las instituciones de salud privadas, consultorios médicos, consultorios dentales, tiendas naturistas y farmacias que operan en el municipio. Recibí la información solicitada semanas después por medio de correo electrónico. En el Hospital General de Tenancingo no fue posible dialogar con el director general, a pesar de que en una ocasión que se acudió a éste, él se encontraba en su oficina y haciendo recorridos en el hospital. No obstante, la secretaria, expresó que no se tienen registros para identificar quien es o no migrante, pues la atención se da de manera general. A pesar de lo anterior, proporcionaron información actualizada de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el hospital, con excepción de la información que tenía que ver con COVID-19 (2021).

¹⁰ Plataforma que sirve para solicitar toda la información pública perteneciente al Gobierno del Estado de México. <https://www.saimex.org.mx/saimex/ciudadano/login.page>

Consideraciones Finales

En torno a construcción del objeto de estudio: PSEAP en mujeres y hombres migrantes que retornaron de Estados Unidos a Tenancingo en contexto de crisis económica y crisis de salud pública; en este primer capítulo se explican 3 componentes básicos, marco teórico-conceptual, estado de la cuestión y estrategias metodológicas coherentes con las preguntas, objetivos e hipótesis de la investigación.

El marco teórico-conceptual está basado en la antropología médica porque tiene la virtud de tomar en cuenta las experiencias y perspectiva de las personas, en este caso de la población migrante de retorno, con una visión holística de los orígenes de la enfermedad, que supera el enfoque biomédico e incluye los condicionantes estructurales y otros aspectos psicológicos, culturales, sociales y económicos. Esta perspectiva se pone en diálogo con el enfoque de la interseccionalidad para visibilizar las desigualdades vividas por la población migrante a partir del análisis de los modos de vida relacionados con los PSEAP. Así mismo, se recuperó la corriente transnacional de la migración para el análisis de salud, el trabajo y la vida personal y familiar de estos migrantes mexiquenses, que generalmente mantienen vínculos entre Estados Unidos y México, promoviendo prácticas y viviendo experiencias relacionadas con la salud. La complejidad que puede leerse a partir de la incorporación de estos 3 enfoques se sintetiza en tanto el transnacionalismo, como la interseccionalidad hace parte del enfoque relacional propuesto por la antropología médica, por lo cual, se trata de un análisis que articula posturas teóricas que dialogan entre sí para entender la complejidad de los problemas de salud/enfermedad.

La adopción de la antropología médica interpretativa y crítica es prioritaria para analizar los PSEAP poniendo en el centro la voz, perspectivas y subjetividades de la población migrante, pues las narrativas sobre sus vivencias y experiencias los convierte en protagonistas de la descripción de los modos de vida presentes en cada fase migratoria y que han determinado sus PSEAP. Por tanto, se trata de 2 aproximaciones que permiten comprender las acciones, prácticas y significados de los diversos actores que hacen parte de este proceso social a partir de su mirada relacional, que en esta tesis se aterriza acudiendo a la herramienta conceptual del itinerario terapéutico, empleado con el fin de visibilizar las estrategias y prácticas que promueven las personas migrantes para solucionar sus problemas

de salud. En segundo lugar, el estado de la cuestión expuesto en este capítulo reviste la pertinencia, los alcances y las contribuciones que tiene este trabajo de investigación, en la medida en que son escasos los estudios que analizan la salud de la población migrante desde la perspectiva de la antropología médica, y particularmente de los que interpretan estos procesos a partir de un abordaje integral de los 3 enfoques teóricos señalados anteriormente.

A partir de los resultados de las investigaciones consultadas, puede decirse que la mayoría reconoce que el contexto migratorio repercute en la salud/enfermedad de los migrantes, con particularidades según las experiencias vividas en las distintas fases migratorias. Es un entorno que está influenciado por diferentes actores sociales y condicionantes estructurales que pueden reproducir condiciones que no favorecen una salud óptima entre las personas migrantes, tanto por la presión que ejerce desenvolverse en un ambiente de persecución y control, como por las condiciones de trabajo, las viviendas inadecuadas, la deportación, la violencia, el clima hostil y antiinmigrante. En este sentido, se trata de un tema que demanda mayor atención por tratarse de una constante en los problemas de salud física, mental y emocional, que no está siendo atendido por las instituciones de salud y los gobiernos de ambos países, en tanto no hace parte de sus agendas presupuestales y de trabajo.

Entre otras coincidencias de estos trabajos se identifica la explicación de los causales asociados con los problemas de salud que presenta esta población, señalando incluso la fase migratoria en la que se pudo originar, así como las estrategias que utilizaron para dar solución a dichos malestares. De igual forma, se advierte que muchos de estos padecimientos son generados por algún tipo de violencia y otras condicionantes estructurales y de vivencias personales, que a la vez se convierten en problemas de salud mental. Los estudios que recuperan el enfoque interseccional resaltan la importancia de analizar las categorías de división y desigualdad social porque éstas pueden influir en que la población migrante presente, en mayor o menor medida, desventajas o situaciones de riesgo que pueden causarles problemas de salud, como, por ejemplo, en el caso de las mujeres, la mayor exposición a situaciones de violencia que desencadenan afectaciones en su salud física y mental.

Por todo lo anterior, se concluye destacando la pertinencia de avanzar en el desarrollo de producción científica que tome en cuenta estos enfoques, sobre todo por las repercusiones

que tuvo el COVID-19 en los últimos años. Con esto, en este trabajo de tesis se apuesta por la promoción de esquemas de investigación que rompan con la parálisis académica de entender la importancia de la salud en general, en especial de los grupos en situación de vulnerabilidad, cuyas condiciones se agravan ante la precariedad de los sistemas de salud en México y del mundo para afrontar esta crisis de salud pública.

Finalmente, se precisan los métodos de investigación y de análisis de la información recopilada. En las estrategias metodológicas, aunque prevalece la metodología cualitativa, la combinación con métodos cuantitativos permitió un mejor entendimiento tanto de las vivencias de las personas migrantes, como de los condicionantes estructurales de la salud/enfermedad. A partir de los resultados de la investigación, se considera adecuada la adopción del enfoque etnográfico para analizar los PSEAP de los migrantes, porque a través de sus narrativas, vivencias y experiencias se identificaron los modos de vida de éstos, expresados en relatos biográficos que abonaron a la construcción de los itinerarios terapéuticos en los que se identifican los problemas de salud/enfermedad, así como las estrategias y prácticas utilizadas para tratar los padecimientos presentados durante su trayectoria migratoria. Todo ello se realiza e interpreta sin perder de vista procesos más amplios relacionados con la salud de migrantes en ambos países.

Metodológicamente esta investigación se desarrolló buscando superar la mirada transversal, para comprender los PSEAP desde un acercamiento longitudinal, que permita identificar los cambios que han tenido a través del tiempo. Y es que la salud no se puede comprender y explicar en un momento en particular, en tanto se constituye como un proceso estructural y de experiencias vividas. Esto significa que su interpretación requiere ser entendida desde el contexto de cambios en el tiempo, identificando las posibles causas que han dado origen a determinados problemas de salud/enfermedad. En este sentido, la investigación aquí desarrollada propone un giro epistémico en la forma de generar información acerca de los problemas de salud y migración, pues la salud hace parte de un sistema complejo, holístico y en el que se involucran múltiples actores. En síntesis, este primer capítulo presenta las bases teóricas y metodológicas de la investigación, al tiempo que propone algunos elementos que no son considerados en otros trabajos académicos, por lo que se espera aporten a una mejor comprensión de los problemas de salud de la población migrante, sus familiares y comunidades.

Capítulo II

Salud, Trabajo y Vida Transnacional de Migrantes Retornados de Estados Unidos a Tenancingo

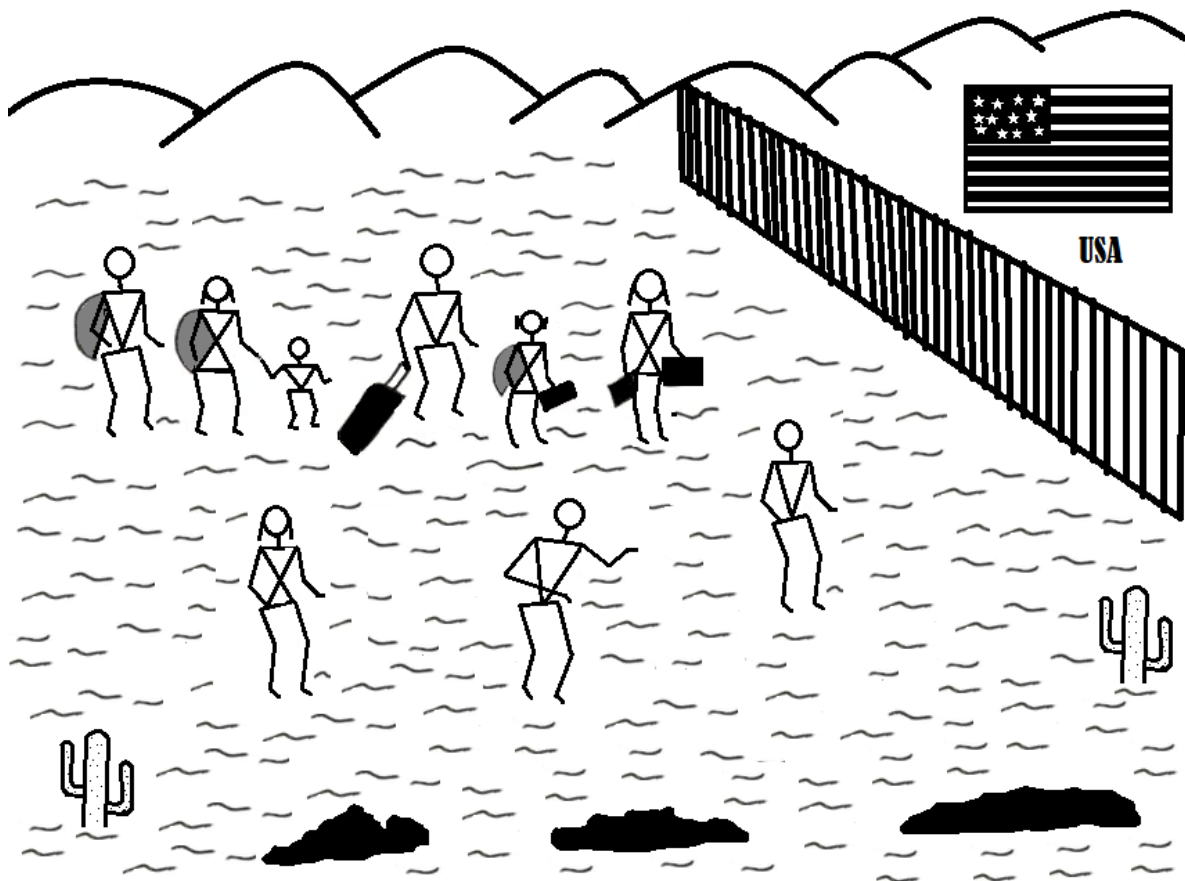


Figura 2

Las verdades del sueño americano

Elaborado por Macías Suárez Giovanni, 2023

Introducción

No tengo seguro médico. Teníamos el Seguro Popular [en México], pero pues ya, ¿ahorita qué vale? Nada. (Adriana, comunicación personal, 7 de septiembre de 2021)

Tuve Seguro Popular [en México], pero llegó este presidente [AMLO] y nos lo quitó. (Mary, comunicación personal, 12 de agosto de 2021)

Pues ya ahí fue que ellos me empezaron a dar una tarjeta médica [en Estados Unidos]. Así, inmediatamente me dieron una tarjeta médica para mi embarazo. A mí luego, luego, me enviaron a una institución que se llama “WI”, donde me daban unos vales de despensa. Y pues me daban, lo normal, o sea, leche, huevos, sardinas, atún, de todo. Pero con una nutrióloga donde te balanceaba todo. (Azucena, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

Como puede leerse en las narrativas de Adriana y Mary, la no derechohabiencia al sector salud en México, y particularmente sus procesos de atención se han visto afectados ante condicionantes estructurales, como lo es en este caso, la transición que la política de salud ha tenido con la eliminación del Seguro Popular y la creación del INSABI, último que también fue abolido.

Por otro lado, en Estados Unidos, la experiencia de Azucena pone de manifiesto que las restricciones del sistema de salud para migrantes indocumentados, no necesariamente trascienden en la negación de la atención a situaciones específicas, como lo fue su embarazo. Se trata de un derecho que brinda el gobierno estadounidense para la atención de su salud durante este periodo, en el que acuden a consultas con especialistas y reciben vales de despensa.

Dichos contextos resultan contradictorios si se analizan los diferentes y asimétricos sistemas de salud de ambos países. La pregunta por responder dentro de este capítulo es ¿de qué manera los PSEAP de las personas migrantes pueden estar influenciados por las condiciones y características en sus lugares de origen y en los sitios a los que arribaron en Estados Unidos? Se plantea como objetivo identificar las condiciones estructurales de salud, contextualizar las características del municipio de Tenancingo y de las localidades de origen de esta población, así como de los lugares de recepción en Estados Unidos y de los sistemas de salud de ambos países, y su relación con los PSEAP de los migrantes.

A partir de los referentes teóricos planteados anteriormente, en el desarrollo de este capítulo se argumenta que los PSEAP, de alguna manera, están afectados por las condiciones

estructurales, los sistemas de salud, la infraestructura institucional y los contextos específicos en los que se emplean y viven en las localidades de residencia en México; mientras que en Estados Unidos depende, en gran medida, del estatus migratorio, del acceso o falta de acceso al sistema de salud, de los lugares en los que laboran, de las condiciones de trabajo de su empleo y de los modos de vida que eligen.

En tal sentido, este capítulo aborda el vínculo salud, empleo y vida transnacional desde el ángulo de las condiciones estructurales que impactan las experiencias de salud de las personas migrantes de retorno. Por una parte, se analizan las principales particularidades del municipio de Tenancingo, la economía, las características sociodemográficas de la población, incluyendo la migración, el empleo y los servicios de salud. Por otra parte, se examinan las principales ciudades en las que se emplean la población migrante en Estados Unidos, además de las políticas de salud y la dinámica migratoria gestionada en dicho país. Si bien ambos componentes se analizan de forma separada, son comprendidos como un mismo proceso que impacta en los PSEAP de éstos.

Contexto Mexiquense

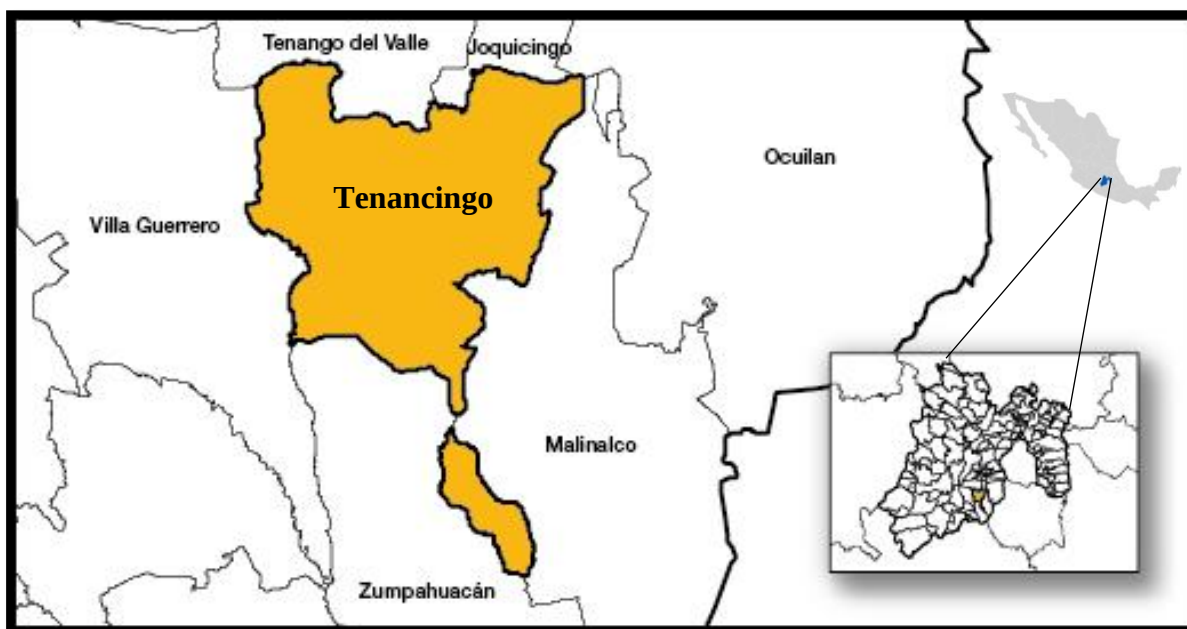
Tenancingo es uno de los 125 municipios que conforman el Estado de México. Se localiza en la parte sur de la entidad, limitando al norte con los municipios de Tenango del Valle y Joquicingo, al este con Joquicingo y Malinalco, al sur con Malinalco y Zumpahuacán y al oeste con Zumpahuacán y Villa Guerrero (Mapa 1). Tiene una extensión territorial de 164.042 kilómetros cuadrados, ocupando el 0.73 por ciento de la superficie estatal. Tenancingo está conformado por una cabecera municipal –organizada en 14 barrios y 4 colonias–, 21 pueblos, 20 comunidades y 40 colonias (Cuadro 6) (Ayuntamiento Constitucional de Tenancingo, 2022).

Características Sociodemográficas

En este apartado se describen algunas características de la población de Tenancingo, con la finalidad de comprender las condicionantes sociales, económicas y de salud que repercuten tanto en los modos de vida, como en los PSEAP de la población migrante de retorno.

Mapa 1

Localización del municipio de Tenancingo



Fuente. <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=15088>

Cuadro 6

División política de Tenancingo

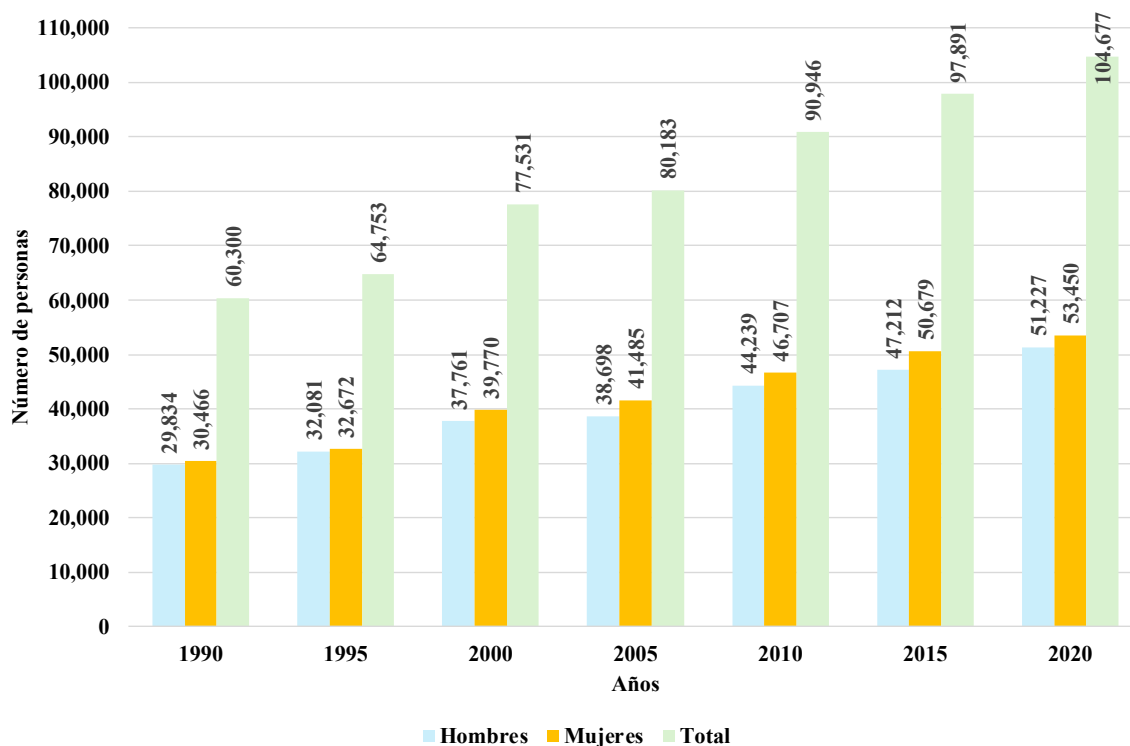
Cabecera municipal	Barrios	El Calvario, El Carrizal, El Chabacano, El Cura Hidalgo, El Huerto, La Campana, La Capilla de Guadalupe, La Capilla de Jesús, La Capilla de los Remedios, La Trinidad, San Pedrito, San Vicente, Santa Teresa, Teotla.
	Colonias	Centro, ISSEMYM, San Diego, San Isidro.
Pueblos		Acatzingo, Chalchihuapan, El Carmen, Guadalupe, Ixpuichiapan, Pueblo Nuevo, San Gabriel Zepayautla, San José Chalmita, San José Tenería, San Juan Tetitlán, San Juan Xochiaca, San Martín Coapaxtongo, San Miguel Tecamatlán, San Nicolás, San Simonito, Santa Ana Ixtlahuatzingo, Santa Cruz Quetzalapa, Tepalcatepec, Tepetzingo, Tepoxtepec, Terrenate.
Comunidades		Agua Bendita, Agua Dulce, Atotonilco, Cruz Vidriada, El Salitre, Francisco Zarco, La Ciénaga, La Mesita, La Ocotatera, Llano de Tenería, Los Morales, Monte del Pozo, Plan de San Martín, Rinconada de Santa Teresa, San Antonio Agua Bendita, San Isidro Ejido de Tenancingo, San Pedro Ejido de Tecamatlán, Santa Cruz Xochiaca, Santa Teresita Acatzingo, Tierra Blanca.
Colonias		14 de Marzo, Casas AURIS, Ejército del trabajo, El Cerrito, El Chiflón, El Durazno, El Panteón La Magdalena, Emiliano Zapata Ejido de Tenancingo, Emiliano Zapata Ejido de Tepetzingo, Guadalupe Victoria, La Barranca, La Casajera, La Compuerta, La Ermita, La Lagunilla, La Loma de Tenería, La Nueva Esperanza, La Providencia, La Tezontera, La Trinidad, Las Casuarinas, Las Maravillas, Lázaro Cárdenas Ixpuichiapan, Llanos de Ixpuichiapan, Llano de Tenería, Los Shiperes, Morelos, Nueva San Pedrito, Plan de Guadalupe, Progreso, San Francisco Tepetzingo, San José El Cuartel, San Mateo, San Ramón, Santa Rosa, Valle de Guadalupe, Vimate, Ixcuinapan, Unidad Habitacional Santa Teresita, Villas del Salto.

Fuente. Ayuntamiento Constitucional de Tenancingo, 2022.

Población y Empleo. De acuerdo con los datos del Censo de Población y Vivienda, el número de habitantes de Tenancingo fue de 104,677 en 2020: 48.9% hombres y 51.1% mujeres. Es importante notar que durante el periodo 1990-2020, la población de Tenancingo aumentó en alrededor de 44,377 personas, esto es 73.6%, con una mayor presencia de mujeres en todos los años (Gráfica 1). Si bien el incremento ha sido progresivo, esta dinámica también puede estar influenciada por el dinamismo económico del municipio, pues es posible que la migración interna, particularmente la proveniente de los municipios vecinos, contribuya a la lectura de estos datos.

Gráfica 1

Población de Tenancingo por género, 1990-2020



Fuente. Elaboración propia con base en las muestras de los Censos de Población y Vivienda (1990, 2000, 2010 y 2020) y los Conteos de Población y Vivienda (1995, 2005 y 2015).

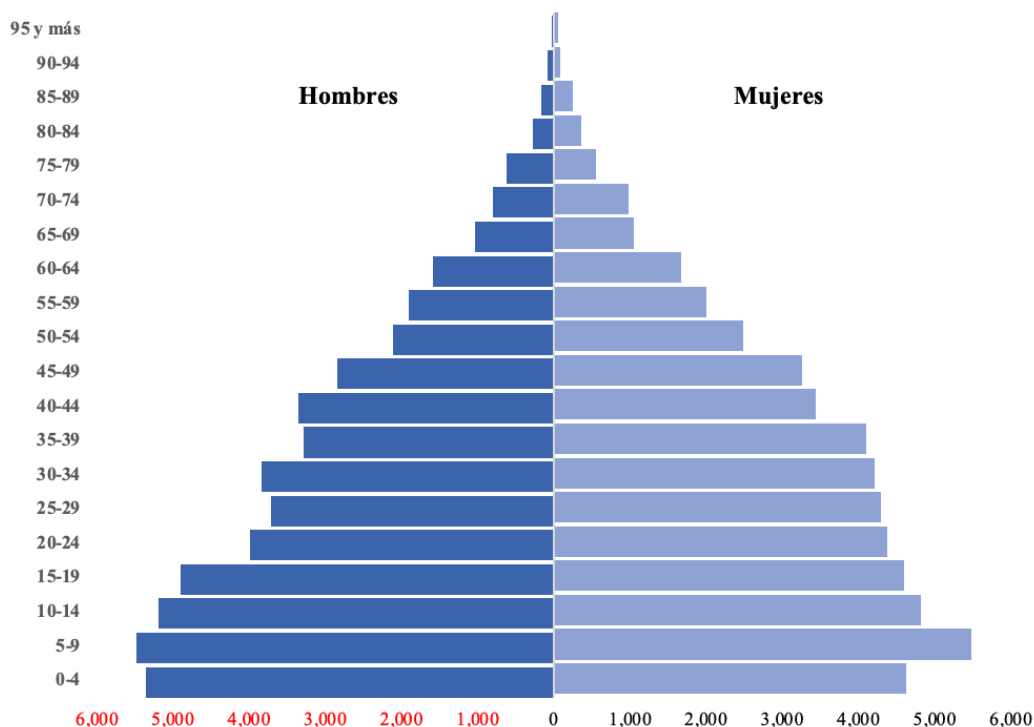
En 2020, la pirámide poblacional del municipio registró un mayor número de población joven y en edad plenamente productiva, sobre todo de las mujeres. También se observó una disminución de hombres de 20 a 29 años, y de 35 a 39 años (INEGI, 2021), lo que puede estar relacionado con la migración masculina (Gráfica 2). Si bien, como ha sido documentado desde hace varios años, la mujer ha tomado un papel preponderante en la

migración, interna e internacional (INMUJERES, 2021), es posible que en este municipio sigan siendo los hombres quienes migran en mayor medida hacia Estados Unidos de manera indocumentada. Dinámica que se identifica también con los trabajadores agrícolas temporales a Estados Unidos y Canadá, en el que casi la totalidad son hombres que migran con visas H-2A y del PTAT (SRE, 2020; NCFH, 2022).

Aunque la pirámide poblacional conserva una forma progresiva, en la que el número de habitantes diferenciados por intervalos de edad disminuye gradualmente, esta tendencia es más notable en las mujeres, pues en la población de hombres se identifican algunos altibajos desde los 20 a los 44 años. De igual forma, se observa que el grupo de edad de 0 a 4 años ya no es mayoría en la base piramidal, lo que denota la presencia de cambios poblacionales asociadas con la disminución de la fecundidad, la mortalidad, la migración y otros factores demográficos en Tenancingo (Gráfica 2).

Gráfica 2

Pirámide de población de Tenancingo, 2020

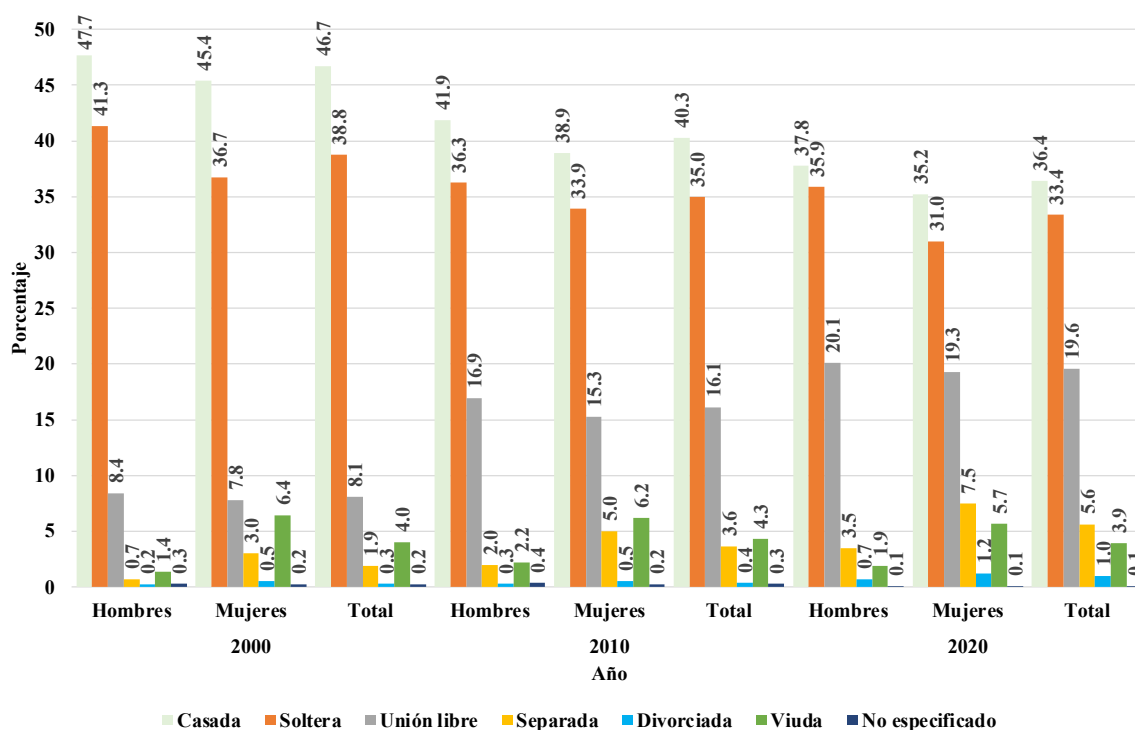


Fuente. Elaboración propia con base en la muestra del Censo de Población y Vivienda, 2020.

Sobre el estado conyugal de la población tenancinguense sobresale el porcentaje de los que se encontraban casados. Aunque con una proporción que ha venido disminuyendo, pasando de 46.7% en 2000 a 40.3% en 2010 y 36.4% en 2020. Misma situación sucede con la población soltera, aunque las diferencias porcentuales son más reducidas. No así para el caso de las personas que cohabitan en unión libre, cuya proporción pasó de 8.1% en 2000 a 19.6% en 2020. Situación que responde a los diversos arreglos y decisiones familiares y de pareja (Gráfica 3).

Gráfica 3

Estado conyugal de la población de Tenancingo por género, 2000-2020



Fuente. Elaboración propia tomando en cuenta las bases de datos de los Censos de Población y Vivienda de 2000, 2010 y 2020.

La proporción de PEA en Tenancingo se incrementó en el mismo periodo de tiempo, pasando de 46.0% en 2000 a 62.5% en 2020. Es de llamar la atención, que la PEA masculina disminuyó (13.9%), mientras que la proporción de mujeres económicamente activas aumentó de 2010 a 2020. Situación que destaca el papel de la mujer tenancinguense, así como su necesidad de trabajar y de contar con fuentes de empleo suficientes, particularmente

considerando que la PEA ocupada tanto en hombres y en mujeres es superior al 98.0% (Cuadro 7) (INEGI, 2021).

Cuadro 7

Características económicas de Tenancingo por género, 2000-2020

Población de 12 años y más	2000			2010			2020		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Población económicamente activa	46.0	–	–	50.1	73.9	28.0	62.5	60.0	40.0
Ocupada	99.0	–	–	95.0	94.7	96.0	98.7	98.4	99.2
No ocupada	1.0	–	–	5.0	5.3	4.0	1.3	1.6	0.8
No económicamente activa	48.1	–	–	49.7	25.8	71.9	37.5	40.0	60.0
No especificado	5.9	–	–	0.2	0.3	0.1	–	–	–

Fuente. Elaboración propia con base en INEGI, 2000, 2011 y 2021.

Dentro de las actividades económicas, en el municipio de Tenancingo se destaca el sector agrícola. Para 2020, alrededor de 39.2% de la superficie total del municipio estuvo sembrada y cosechada, sobresaliendo la producción de «cereales, forrajes, frutales, hortalizas, industriales, legumbres secas y ornamentos» (Ayuntamiento Constitucional de Tenancingo, 2022, p. 160). La actividad pecuaria ocupa una proporción importante, con actividades de apicultura, avicultura, ovinocultura, porcicultura, caprinocultura y ganadería bovina. Dentro de las actividades económicas secundarias, se encuentra el sector industrial, sobresaliendo la «generación, transmisión, distribución y comercialización de energía eléctrica, suministro de agua y de gas natural por ductos al consumidor final», así como la construcción y las industrias manufactureras (Ayuntamiento Constitucional de Tenancingo, 2022, p. 168). Por último, dentro de las actividades económicas terciarias, resalta el sector de servicios, que ha mantenido un crecimiento constante durante los últimos 10 años (Ayuntamiento Constitucional de Tenancingo, 2022).

Tenancingo se caracteriza por la producción agroindustrial de flores de exportación, cuyas ventas internacionales, para 2022, fueron de 4.4 millones de dólares, siendo los productos con mayor nivel de ventas las «flores y capullos cortados para ramos y adornos, secos, blanqueados, teñidos, impregnados o preparados de otra forma [...] y follajes, hojas, ramas y demás partes de plantas, sin flores ni capullos y hierbas, musgos y líquenes» (Gobierno de México, 2023, p. s.n.). Estos datos ponen de manifiesto que la población

tenancinguense tiende a emplearse en actividades que requieren de esfuerzo físico, en condiciones no siempre adecuadas para el cuidado de su salud. Visto así, puede decirse que el trabajo, como modo de vida, tiene una incidencia directa en los problemas de salud/enfermedad de esta población.

Tenancingo contaba, desde principios del siglo XX, con una buena infraestructura. Después de 1930, el comercio en Tenancingo siguió su auge hasta generar un tianguis, que en los días de plaza abarcaba gran parte de la cabecera municipal. En décadas posteriores, el comercio del municipio se consolidó como la rama económica más importante, dando cabida a que la población continuara su crecimiento (Castro Domingo, 2003).

De 1990 a 2020, la población de 15 años y más analfabeta se redujo gradualmente, pasando de 14.1% en 1990 (INEGI, 1992), a 6.2% en 2000, 4.9% en 2010 y 3.4% en 2020 (Ayuntamiento Constitucional de Tenancingo, 2022). Por otro lado, la proporción de tenancinguenses de 3 años y más que no tenían ningún nivel de escolaridad si bien aumentó de 2000 a 2010 (de 3.9% y 9.4%, respectivamente), en 2020 se ubicó en 6.2%. Tendencias similares entre hombres y mujeres. Otro elemento por destacar es que de 2000 a 2020 disminuyó la proporción de personas con un nivel de escolaridad de primaria, al tiempo que aumentó la proporción de tenancinguenses con un nivel de licenciatura (Gráfica 4). Situación que puede impactar tanto en los empleos a los que acceden y las condiciones de éstos, así como en otros modos de vida y sus PSEAP.

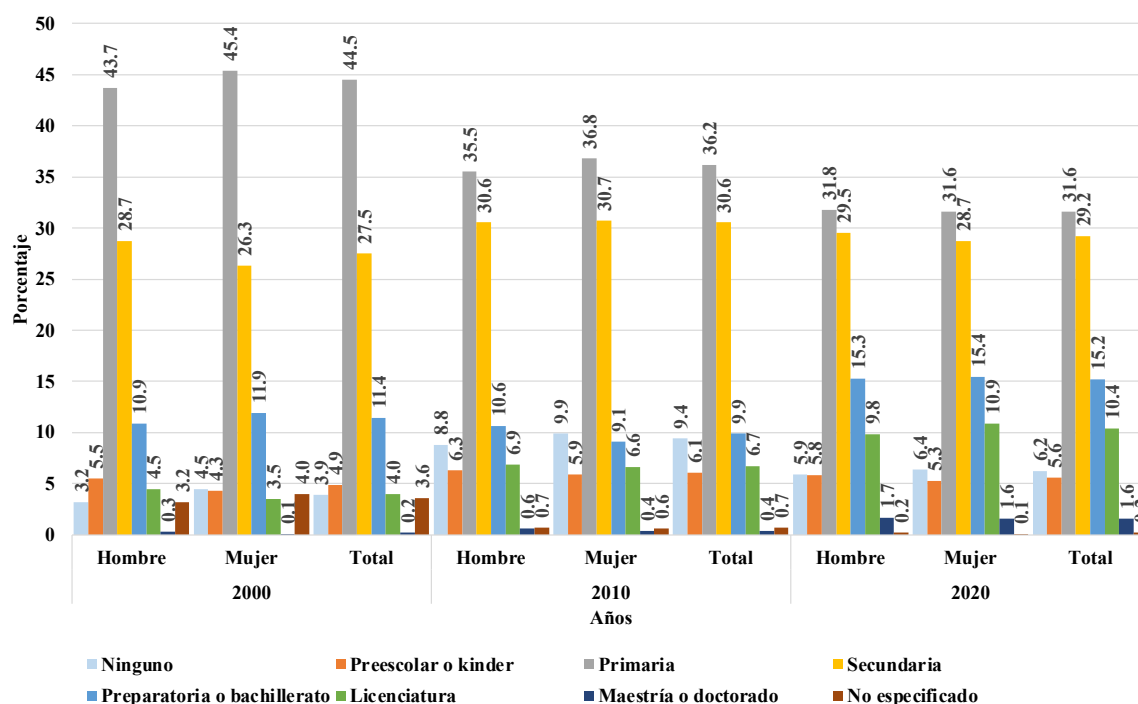
Viviendas. Existe, para 2020, un total de viviendas particulares habitadas de 25,558, esto es 23.4% más que en 2010 y hasta 148.0% más que las registradas en 1990, lo que da cuenta de un considerable aumento en 3 décadas. El promedio de ocupantes por vivienda para 2020 fue de 4.0 personas y de 1.1 por cuarto. Mientras que en 1990 fueron de 5.7 y 1.8, respectivamente. Esta tendencia a la baja entre 1990 y 2020 posiblemente denota un mejorado nivel de vida en este aspecto, pues a mayor número de habitaciones por vivienda menor es la probabilidad de que se registre una condición de hacinamiento (Cuadro 8).

En 2020, 2.6% de las viviendas tenía piso de tierra, 95.8% agua entubada, 95.9% drenaje, 94.1% excusado o sanitario y 99.2% energía eléctrica. Se trata, en la mayor parte de los casos, de indicadores que mejoraron con respecto a lo registrado en 2010, y particularmente en 1990. Las condiciones de la vivienda impactan en los modos de vida de

las personas, en la medida en que trasciende en la funcionalidad de estos espacios para el desarrollo de sus actividades cotidianas e incluso en el cuidado de su salud al habitar en inmuebles adecuados.

Gráfica 4

Nivel académico de la población de Tenancingo por género, 2000-2020



Fuente. Elaboración propia tomando en cuenta las bases de datos de los Censos de Población y Vivienda de 2000, 2010 y 2020.

La disponibilidad de bienes en las viviendas también es superior en 2020, por lo que se registra una mayor presencia de las que contaban con refrigerador, lavadora, automóvil o camioneta, computadora, teléfono celular y servicio de internet en 2010 y 2000. No así para el caso del radio, televisión y línea telefónica fija. La disminución en la proporción de viviendas que cuentan con estos últimos bienes posiblemente tiene relación con la aumentada adquisición de teléfonos celulares, especialmente de smartphones, así como en la mayor cobertura del servicio de internet en el periodo de referencia (Cuadro 8). Es decir, los teléfonos celulares se están convirtiendo o se han convertido en una herramienta potencial que posiblemente por su practicidad y accesibilidad están desplazando otro tipo de bienes (INEGI, 1992, 2010, 2020 y 2021).

Cuadro 8
Características de las viviendas, 1990-2020

Indicadores de viviendas		Año							
		1990	%	2000	%	2010	%	2020	%
Número total de viviendas particulares habitadas		10,307		14,851		20,710		25,558	
Promedio de ocupantes en viviendas particulares habitadas		5.7		4.9		4.4		4.0	
Promedio de ocupantes por cuarto en viviendas particulares habitadas		1.8		1.9		1.2		1.1	
Viviendas particulares habitadas con...	un solo cuarto	975	9.4	1,385	9.3	1,542	7.4	1,479	5.8
	dos cuartos	2,189	21.2	3,656	24.6	4,554	22.0	4,700	18.4
	tres cuartos y más	—	—	9,864	66.4	14,431	69.7	19,313	75.6
Viviendas particulares habitadas con piso de tierra		3,084	29.9	2,118	14.3	1,778	8.6	655	2.6
Viviendas particulares habitadas que disponen de...	luz eléctrica	9,539	92.5	14,419	97.1	20,281	97.9	25,351	99.2
	agua entubada en el ámbito de la vivienda	6,904	67.0	11,933	80.3	17,742	85.7	24,494	95.8
	excusado o sanitario	—	—	11,937	80.4	19,600	94.6	24,039	94.1
	drenaje	5,365	52.0	10,579	71.2	18,647	90.0	24,514	95.9
	radio	—	—	12,451	83.8	15,804	76.3	17,369	68.0
	televisor	—	—	12,298	82.8	18,974	91.6	22,672	88.7
	refrigerador	—	—	6,739	45.4	13,454	65.0	18,899	73.9
	lavadora	—	—	3,760	25.3	9,944	48.0	14,497	56.7
	automóvil o camioneta	—	—	3,171	21.3	6,747	32.6	9,307	36.4
	computadora	—	—	—	—	3,886	18.8	6,786	26.6
	línea telefónica fija	—	—	2,912	19.6	6,638	32.1	6,730	26.3
	teléfono celular	—	—	—	—	10,233	49.4	20,944	81.9
	internet	—	—	—	—	2,490	12.0	10,603	41.5

Fuente. Principales resultados por localidad (ITER). Censos de Población y Vivienda 1990, 2000, 2010 y 2020.

Durante el periodo 1990-2020, puede decirse que las características de la población, del empleo y la vivienda presentaron avances que repercuten positivamente en los modos de vida de esta población, en tanto mejoran el bienestar individual y colectivo, pues, por ejemplo, a mayor PEA ocupada se esperaría mayor productividad en los sectores económicos, así como a menor condición de analfabetismo y de no escolaridad mayor es el nivel educativo de las personas, como lo es la posibilidad de acceder a otros empleos, mejorar las condiciones de la vivienda y adquirir bienes diversos, que según el estilo de vida de las personas pueden eficientar el tiempo para el desarrollo de algunas actividades y abrir espacios

para la recreación y el ocio. Sin embargo, la lectura de estos debe realizarse con cautela, considerando que existen zonas específicas, como, por ejemplo, San Antonio Agua Bendita, que cuentan con un importante número de viviendas que carecen de agua entubada, así como algunas otras zonas de la cabecera municipal (Ayuntamiento Constitucional de Tenancingo, 2022).

Migración Internacional y Migración de Retorno. La migración mexicana hacia Estados Unidos se remonta desde hace muchas décadas atrás. Como se sabe, el fenómeno de migración se ha asociado principalmente con las desigualdades económicas entre ambos países, siendo la brecha salarial y el desempleo, los principales motivos de la salida de numerosos contingentes de población en busca de oportunidades laborales.

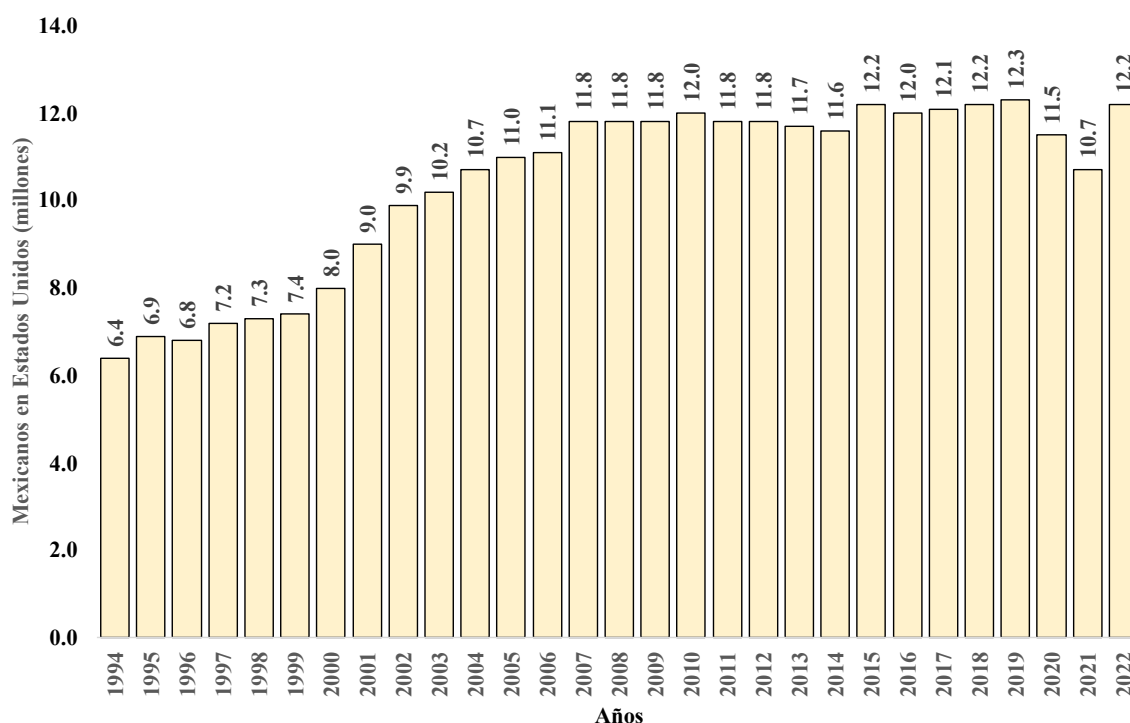
No obstante, es a partir de 1970 que la migración mexicana fue más notable, registrándose alrededor de 900 mil mexicanos, convirtiéndose en uno de los principales emisores de emigrantes hacia aquel país del Norte¹¹. En 1980, México fue el principal emisor, con poco más de 2 millones de migrantes (Gaspar Olvera, 2012). De manera que para el año 2000 se calculaba que el número de mexicanos en Estados Unidos era de 8 millones, cifra que siguió creciendo hasta 2007, alcanzando los 11.8 millones de mexicanos. Esta cifra fue aumentando hasta alcanzar poco más de 12 millones en el año 2010. De 2010 a 2014 se observa una ligera disminución, alcanzando los 11.6 millones en 2014. Para el año 2015, el número de migrantes mexicanos en Estados Unidos fue de poco más de 12.2 millones, alcanzando los 12.3 millones en 2019 (Gráfica 5) (OIM, 2022a).

De acuerdo con datos de la American Community Survey, se estimó que para el 2021, hubo una notable disminución, siendo de 10.7 millones de mexicanos en Estados Unidos, lo cual pudo deberse a las implicaciones de la pandemia, a un mayor número de deportados por considerarlos una amenaza a la salud pública de dicho país, o migrantes que se hayan regresado por miedo a la misma enfermedad. Para 2022, de acuerdo con la Fundación BBVA México y la SEGOB (2023), la población mexicana de primera generación en Estados Unidos se incrementó a 12.2 millones, regresando casi a los niveles de 2019 (Gráfica 5).

¹¹ Le antecedían en orden de importancia Alemania, Italia y Canadá.

Gráfica 5

Población nacida en México residente en Estados Unidos, 1994-2022



Fuente. Estimaciones del CONAPO con base en U.S Census Bureau, Current Population Survey (CPS), marzo de 1994-2020. OMI. Gobierno de México. Pew Research Center tabulations of the 2021 American Community Survey (1% IPUMS). Fundación BBVA México y SEGOB (2023).

Con la crisis económica ocurrida en Estados Unidos en 2008, el número de población migrante en dicho país permaneció estable por varios años (Gráfica 5), en la que de acuerdo con Alarcón et al. (2009) la disminución de la migración indocumentada, pudo deberse a la información que los mismos migrantes en Estados Unidos advirtieron a sus familiares y amigos en México a través de los diferentes medios de comunicación, en la cual expresaban que no era momento por lo complicado de conseguir empleo.

Con respecto al Estado de México, Jardón Hernández (2017, p. 29) estimó con base en los datos censales, que en el quinquenio de 1995-2000 el total de población migrante internacional fue de 132,266, de los cuales el 74.7% (98,911) eran emigrantes, reduciéndose para el quinquenio 2005-2010 en 46,001 personas, lo que equivale a una variación porcentual de -53.4%. La autora refiere también los cambios que se han presentado en los municipios

del Estado de México, donde en 73 de los 125 municipios hubo «desaceleración» de la población migrante internacional entre los quinquenios de 1995-2000 y 2005-2010, sobresaliendo los municipios sureños de tradición migratoria como Tejupilco, Villa Guerrero, Coatepec Harinas y Tlatlaya, pero también municipios conurbados a la Ciudad de México como: Nezahualcóyotl, Naucalpan de Juárez, Ecatepec de Morelos y Tlalnepantla de Baz. Así mismo, de la población de emigrantes, durante ambos quinquenios, 93 de 125 municipios registraron un cambio negativo en cuanto al número de población que se fue de estos lugares con la intención de irse a trabajar al vecino país del Norte (Jardón Hernández, 2017).

Retorno. De acuerdo con el CONAPO (2002, 2012 y 2022), el Estado de México ha registrado un grado de intensidad migratoria bajo en 2000 y 2010, pasando a muy bajo para el 2020 (1.4 en 2000, 1.1 en 2010 y 0.8 en 2020). A pesar de ello, se posiciona entre las principales entidades receptoras de remesas, además de contar con municipios de tradición migratoria, entre los que Tenancingo si bien figura con un índice de intensidad migratoria bajo (Cuadro 9), posee ciertas localidades en las que se observa de acuerdo con la evidencia empírica, el testimonio de la población en general y migrantes, así como de personas conocedoras del tema, una alta proporción de individuos que emigran, pero también de retornados.

Con respecto a esto último, se ha presentado un aumento del número de migrantes de retorno forzado de la población mexicana, que, durante la presidencia de Barack Obama, entre 2009 y 2016, fueron aprehendidos¹² alrededor de 5.4 millones de personas, de las cuales 3.6 millones nacieron en México. Para 2017, año en que empezó a gobernar el presidente Donald Trump, el número de mexicanos aprendidos fue de 220,138 (Department of Homeland Security, 2019), en tanto en 2018, los mexicanos que fueron aprendidos por parte de la patrulla fronteriza fueron de 155,452 (Customs and Border Protection, 2019).

Según los datos de la UPM, para México, el número de eventos de devolución de 2015 a 2023 ha sido muy diverso, pues mientras en 2015 alcanzó los 207,398, para el año 2016 aumentó a 219,905, en tanto que para el 2017 disminuyó considerablemente alcanzando los

¹² Todos aquellos extranjeros que fueron detenidos por la Patrulla Fronteriza de Estados Unidos. Las cantidades revelan el número de eventos de incidencia, más no el número de extranjeros detenidos y devueltos a México.

167,064 eventos. De nuevo en 2018 y 2019 hubo un aumento con 203,669 y 211,241, respectivamente, mientras que en 2020 volvió a reducirse, alcanzando una cifra de 184,402 eventos. Para el año 2021 de nuevo se incrementó, alcanzando la cifra de 209,383 eventos, cifra que aumentó de manera considerable para el 2022, siendo de 258,007 (Gráfica 6), lo cual se puede deber en parte por el aumento en las devoluciones a raíz de la pandemia de COVID-19 y por el Título 42.

Cuadro 9

Índice de intensidad migratoria, 2000-2020

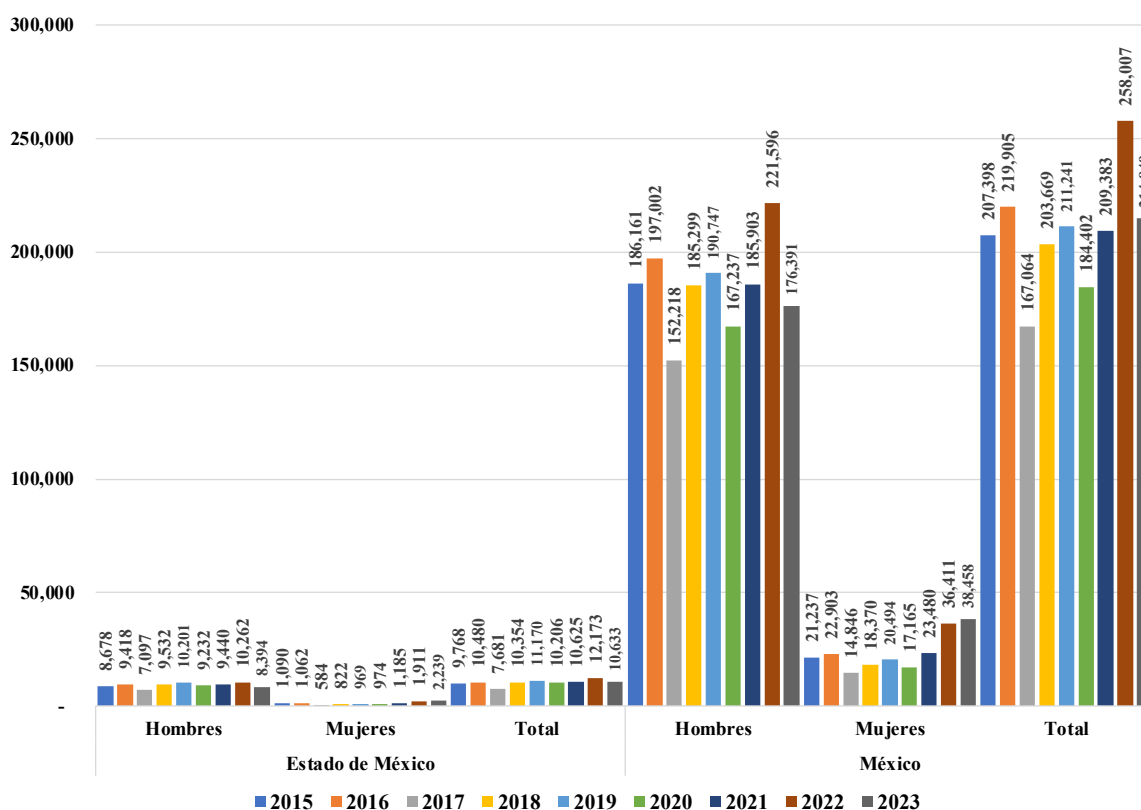
Nivel	Índices y grados de intensidad migratoria	2000	2010	2020
República Mexicana	% viviendas que reciben remesas	4.6	3.6	5.1
	% de viviendas con emigrantes a EE. UU.	4.0	1.9	1.1
	% de viviendas con migrantes circulares	1.0	0.9	0.3
	% de viviendas con migrantes de retorno	0.9	2.2	0.7
	Índice de intensidad migratoria	2.6	2.2	1.8
	Grado de intensidad migratoria	-	-	-
Estado de México	% viviendas que reciben remesas	2.2	1.5	2.2
	% de viviendas con emigrantes a EE. UU.	2.5	1.0	0.5
	% de viviendas con migrantes circulares	0.6	0.6	0.1
	% de viviendas con migrantes de retorno	0.3	1.1	0.3
	Índice de intensidad migratoria	1.4	1.1	0.8
	Grado de intensidad migratoria	Bajo	Bajo	Muy bajo
Tenancingo	% viviendas que reciben remesas	3.8	1.6	2.5
	% de viviendas con emigrantes a EE. UU.	6.7	1.2	0.6
	% de viviendas con migrantes circulares	1.2	0.9	0.3
	% de viviendas con migrantes de retorno	0.4	2.2	0.7
	Índice de intensidad migratoria	2.7	1.5	1.0
	Grado de intensidad migratoria	Bajo	Bajo	Bajo

Fuente. CONAPO 2002, 2012a y 2022.

En la gráfica 6, y como sucedió a nivel nacional, se puede observar que durante el periodo 2015-2023, el mayor número de mexiquenses devueltos se presentó también en 2022, con 12,173 eventos, que corresponden al 4.7% del total nacional. Ahora bien, del periodo de tiempo referido, fue en 2020 cuando el Estado de México presentó la mayor proporción de eventos de devolución a nivel nacional, alcanzando el 5.5% del total. Ante un escenario de pandemia, este dato pudo estar relacionado precisamente con las dinámicas derivadas de esta enfermedad, en tanto las afectaciones a la salud, como la pérdida de empleo posiblemente originó un mayor regreso de mexiquenses.

Gráfica 6

Eventos de devolución de México y Estado de México por género, 2015-2023



Fuente. Elaboración propia con datos de la Unidad de Política Migratoria, 2015-2023.

Del mismo modo, el municipio de Tenancingo, y como se mencionó con anterioridad cuenta con una baja intensidad migratoria (2.7 en 2000, 1.5 en 2010 y 1.0 en 2020) (Cuadro 9). No obstante, la lectura de estos datos requiere ponerse en diálogo con las dinámicas observadas según la experiencia de algunas personas vinculadas con el tema, ejemplo de ello son la Lic. Emigdia y el cronista municipal, quienes refieren que la proporción de migrantes no documentados y retornados es alta. Este último expresa que en Delaware existe una comunidad de tenancinguenses, «es como si hubiera un Tenancingo pequeño en dicho lugar», además de que «caminando por allá se encuentran a los que nacieron en Tenancingo y emigraron, así como a las nuevas generaciones que nacieron en Estados Unidos», pero que son de hijos de tenancinguenses. Como se advierte desde la perspectiva teórica transnacional, estas dinámicas crean espacios sociales transnacionales, circuitos migratorios a fin de sostener vínculos y forjar relaciones diversas entre los lugares de origen y los de llegada.

Acosta Millán (2014) en su tesis de maestría sobre migración internacional en localidades del sur del Estado de México identifica que algunas de éstas presentan altos niveles de migración: Acatzingo, Terrenate, Tepalcatepec, Tepetzingo, Quetzalapa, San Simonito, Xochiaca y la cabecera municipal. De acuerdo con esta autora, las motivaciones y causas de la emigración de la población en estas localidades han cambiado con el tiempo, respondiendo a cuestiones no solo económicas sino también sociales, culturales y familiares.

Cabe señalar que 4 de las 8 personas migrantes entrevistadas en el marco de esta tesis habitan en Tepetzingo, por lo que es posible advertir la configuración de espacios de tradición migratoria, donde la yuxtaposición de componentes de diversa índole participa de la reproducción de este proceso. En este sentido, durante el trabajo de campo realizado en esta investigación se constató el dinamismo de la migración de Tenancingo a Estados Unidos. Los testimonios de los propios migrantes manifiestan que son muchas las personas que emigran hacia Estados Unidos, así como los que retornan.

Según datos del Censo de Población y Vivienda de 2020 del INEGI, se estima que aproximadamente 210 personas de Tenancingo retornaron de Estados Unidos: 80.5% hombres y 19.5% mujeres; siguiendo la tendencia nacional y estatal del patrón masculino de migración de retorno y de menos retorno de mujeres migrantes. Esta cifra disminuyó con respecto al 2015 y 2010, donde se estima el retorno de 387 (72.1% hombres y 27.9% mujeres) y 723 personas (67.2% hombres y 32.8% mujeres), respectivamente. Esta tendencia muestra una disminución gradual en el número de migrantes retornados en los últimos 10 años al municipio, lo que se articula con los hallazgos de Jardón Hernández (2017) al encontrar una «desaceleración» de los flujos de ida hacia Estados Unidos y de retorno (p. 187).

Salas Alfaro, Jardón Hernández y Murguía Salas (2019), señalan que a partir de los censos es posible estimar el volumen y las características sociodemográficas de la población retornada, aunque existen otros muchos aspectos que no se pueden identificar en torno a estos procesos, como, por ejemplo, la forma en la que viven cuando regresan, la reinserción, los aprendizajes, entre otras. Siguiendo con estos autores:

Las evidencias muestran que, al volver, obligados o por voluntad, ellos traen consigo sueños, vivencias, conocimientos laborales, experiencias de vida, activos físicos y productivos, ahorros y capacidades personales que unos logran aplicar, pero otros no. También hay quienes vuelven con actitudes negativas, vicios, ya enfermos y viejos. Cuentan con lo que

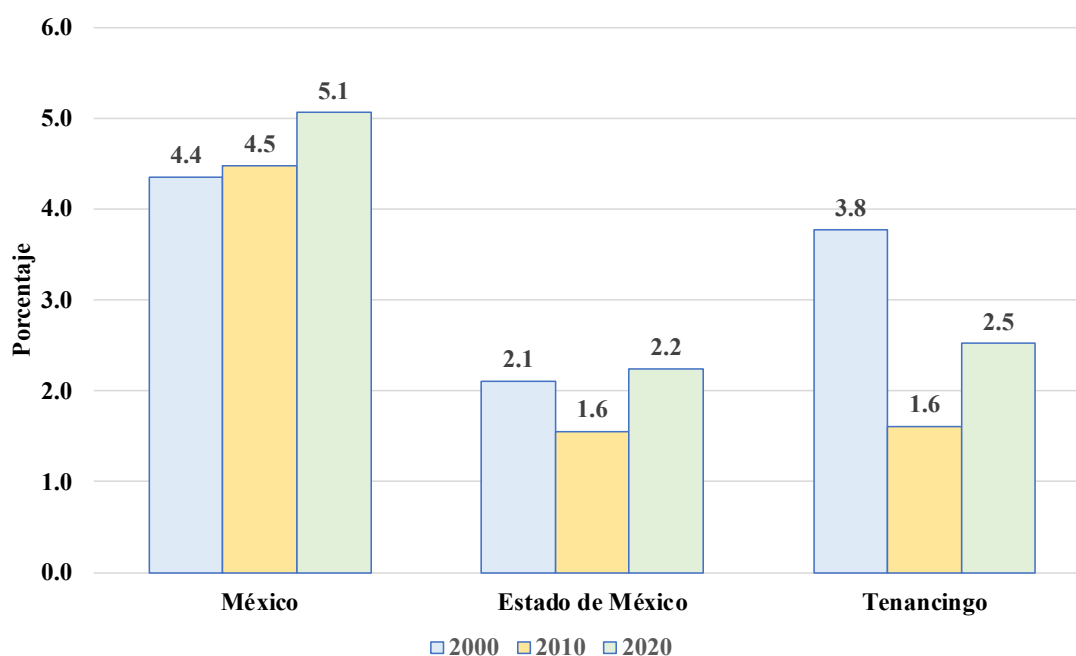
acumularon, para buscar su reinserción social y productiva, pero otros mejor vuelven al extranjero. (Salas Alfaro, Jardón Hernández y Murguía Salas, 2019, p. 1)

En este sentido, se destaca la aportación de esta tesis a la temática, en la medida en que el análisis de los PSEAP de la población migrante retornada a partir de la articulación y comprensión de sus modos de vida e itinerarios terapéuticos en cada fase migratoria, permite avanzar en el desarrollo de investigaciones sociales que ponen en diálogo la conjugación de distintos componentes para comprender, por ejemplo, porque los PSEAP de estos sujetos responden a su experiencia de vida antes, durante y después de la migración.

Remesas. En lo que corresponde a las remesas enviadas por la población migrante se estima que el porcentaje de viviendas que reciben remesas a nivel nacional se incrementó, pasando de 4.4 en 2000, a 4.5 en 2010 y 5.1 en 2020. En el Estado de México y el municipio de Tenancingo este porcentaje se sitúa por debajo del nivel nacional, no obstante, el porcentaje de viviendas que reciben remesas en el municipio expresa el dinamismo y vinculación de los hogares con las migraciones, al tiempo que pone de manifiesto la importancia de estos recursos en la economía familiar (Gráfica 7).

Gráfica 7

Viviendas de Tenancingo que reciben remesas, 2000-2020



Fuente. Censos de Población y Vivienda de 2000, 2010 y 2020.

La tesis de licenciatura realizada por Razo Sánchez (2020) recupera los datos de la encuesta «Dinámicas de la emigración y el retorno en comunidades rurales del sur del Estado de México» elaborada por la Dra. Ana Jardón en el marco del proyecto «Nuevas dinámicas de la migración internacional mexiquense en el contexto de desaceleración del flujo migratorio México-Estados Unidos», en el que se entrevistó a migrantes de Tenancingo que fueron deportados en el periodo de 2017 a 2020, y aplicó encuestas en 127 hogares de las comunidades de Terrenate y Quetzalapa. A partir de dicha fuente de información en este trabajo se señala que 1.2% de los hogares recibe remesas de algún familiar de otra parte de la República Mexicana, mientras que 2.8% recibe dinero de algún familiar que se encuentra laborando en otro país, siendo primero Estados Unidos y en segundo lugar Canadá. Los montos recibidos rondaban entre los 2,000 y 3,500 pesos bimestrales, en tanto que para más de la mitad de las personas encuestadas los ingresos eran menores a 2,000 pesos, cuya periodicidad de envío era muy variable (Razo Sánchez, 2020).

Siguiendo con estos datos, 50.0% de los que enviaban el dinero fueron hijos, 25.0% conyugue y el restante 25.0% correspondió al padre o madre u otra persona sin parentesco. La mitad de este dinero era utilizado para los gastos del hogar, 16.7% para salud y en la misma proporción para educación; solo 8.3% lo utilizaban para invertir en algún negocio. Como ha sido documentado en diversas investigaciones, las remesas familiares en su mayoría son usadas para el consumo básico y las necesidades diarias, sin embargo, destaca que la remesa salud, es decir, la que se recibe para la atención de ésta, aunque tiene un porcentaje menor que el primer concepto, es equivalente a la que se destina a los gastos en educación, lo que da cuenta de la importancia de estos recursos en los PSEAP de los tenancinguenses.

La investigación de Acosta Millán (2014) realizada entre 2012 y 2013, establece que en las familias que cuentan con personas que migraron hacia Estados Unidos, prácticamente todas recibían remesas. El principal beneficio era satisfacer las necesidades básicas de alimentación (20.0%), salud (16.0%) y construcción (15.0%), dejando en un segundo plano lo que se refería al ahorro y actividades productivas.

Por su parte, Iglesias-Piña (2014), en su investigación realizada en diferentes localidades de Tenancingo aplicó 109 cuestionario a hogares. Los resultados pusieron en evidencia que las remesas son una importante fuente de ingresos de las familias. En 83.0%

de los hogares se recibieron remesas, de los cuales 42.0% las recibían mensualmente, 15.0% cada 15 días y 11.0% cada 6 meses. De igual manera, 33.0% de los hogares recibían de 51 a 100 dólares por envío, 26.0% recibía entre 101 y 200 dólares y 6.0% recibía de 201 a 500 dólares por envío. La mayor proporción de las remesas (48.0%) era utilizada para satisfacer las necesidades básicas de alimentación y vestido; 7.0% para la compra, construcción, mejora o ampliación de la vivienda; 4.0% para el pago de deudas; 3.0% para cuestiones de salud y 1.0% para la educación de los hijos. De igual forma, otros hogares recibían remesas en especie, como son artículos de uso personal o familiar, dentro de los que se destacan la ropa, electrodomésticos y juguetes. A diferencia de Acosta Millán (2014), Iglesias-Piña (2014) encuentra que es menor la proporción (3.0%) de remesas dedicada a la salud de la población.

Como puede observarse en la gráfica 8, la importancia de las remesas en la economía de las familias tenancinguenses se aprecia en el constante crecimiento registrado a través de los últimos 9 años, con un aumento gradual de 2014 a 2018, que ha sido más notorio de 2019 en adelante.

Gráfica 8

Ingresos por remesas en Tenancingo, 2014-2023



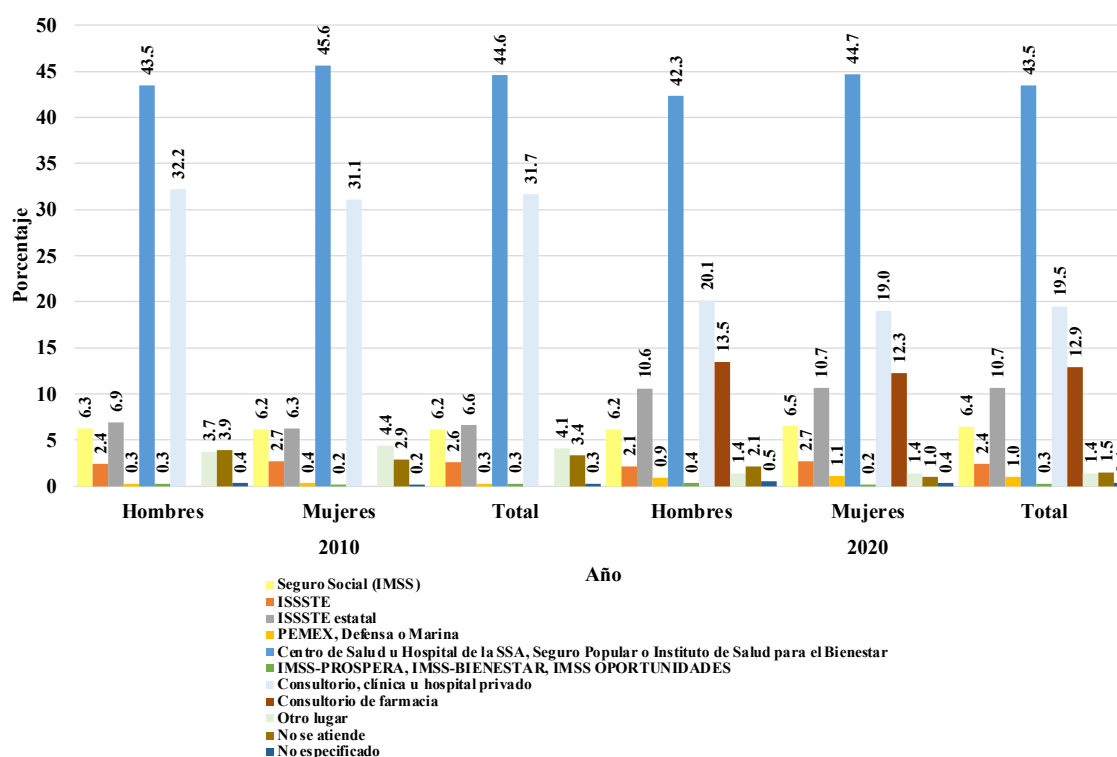
Fuente. Banco de México. Sistema de Información Económica.

Las contradicciones en el abordaje de este tema es que a pesar de que las remesas enviadas por los denominados «héroes vivos» representan una de las principales fuentes de ingreso en el país (Martínez, 2023a, p. s.n.), se tiene que a su regreso no necesariamente se encuentran con programas y políticas públicas de apoyo a su reincorporación laboral y comunitaria, particularmente cuando retornan con algún problema de salud crónico, en tanto se carecen de instituciones de salud que les brinden atención oportuna y especializada.

Cobertura, Acceso y Condiciones de Servicios de Salud. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 2020, la mayor parte de la población de Tenancingo (43.5%) se atendió sus problemas de salud en el Centro de Salud u Hospital de la SSA, Seguro Popular o el INSABI. Cifra que disminuyó levemente con lo registrado en 2010. Estas instituciones son frecuentadas mayormente por mujeres: 44.7%, frente a 42.3% de los hombres, tendencia que fue muy similar a la de 2010 (Gráfica 9).

Gráfica 9

Lugar de atención de los problemas de salud, 2010-2020



Fuente. Elaboración propia con base en los datos de los Censos de Población y Vivienda 2010 y 2020.

Posteriormente se encuentran los consultorios, clínicas u hospitales privados, con 19.5%, lugares a los que acuden en una mayor proporción los hombres (20.1%). En 2010, este concepto registraba proporciones más altas: 31.7% para el total, 32.2% para hombres y 31.1% en mujeres, lo que puede responder a las dificultades para solventar los gastos del servicio privado y la apuesta por opciones que resulten más económicas y favorables al presupuesto familiar. Al respecto, se tiene que, en 2020, alrededor de 12.9% de la población del municipio acudió a los consultorios de farmacias para atender sus problemas de salud, proporción que también fue levemente superior en los hombres (Gráfica 9).

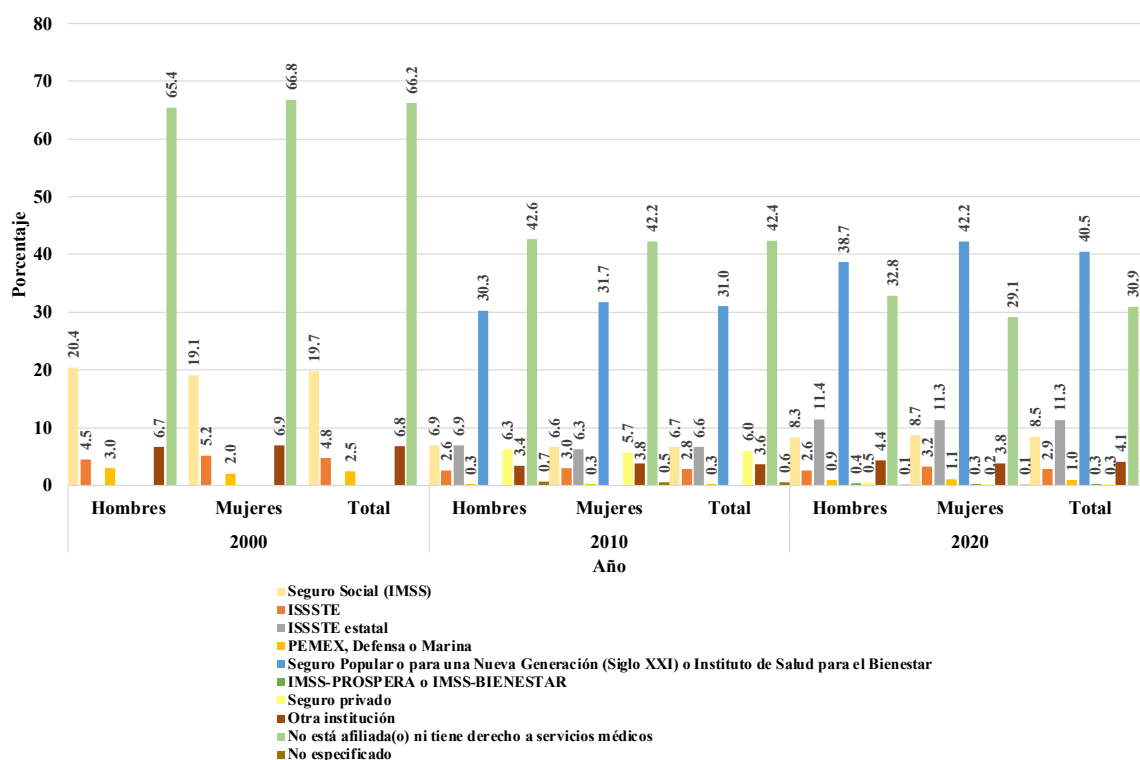
Si bien los servicios de salud públicos se constituyen en los principales lugares para la atención de los problemas de salud, también cobran presencia los consultorios, hospitales y clínicas privadas, así como los consultorios de farmacias. Con base en los recorridos de campo y la información proporcionada por el municipio se pudo identificar una importante presencia de instituciones de esta índole, lo que por una parte amplía las opciones a las que pueden acudir según distintos aspectos como la calidad del servicio, el costo, la distancia, la especialidad, la prontitud para obtener un diagnóstico y tratamiento, entre otros atributos específicos asociados tanto con la salud como con los modos de vida de estos sujetos.

Por otro lado, es importante notar que la proporción de población no derechohabiente a servicios de salud disminuyó entre 2000 y 2020: pasando de 66.2% a 30.9% (Gráfica 10), lo que resulta positivo en términos de contar con seguridad para la atención de las enfermedades, aunque, se sabe también de las deficiencias que tiene el sector público de salud ante la saturación por la demanda del servicio, el desabasto de medicamentos y la falta de recursos humanos para una adecuada atención. Se trata de problemas estructurales que no están siendo atendidos, por lo que el derecho a la salud de la población se ve comprometido.

Entre la población derechohabiente en 2020, la mayoría expresó estar afiliada al Seguro Popular o INSABI (40.5%), seguida por el ISSSTE Estatal (11.3%), con un porcentaje muy similar entre hombres y mujeres (Gráfica 10). En este sentido, puede decirse que el dinamismo económico de Tenancingo no necesariamente permite que la PEA ocupada supere las condiciones de informalidad en las que se emplea, pues, por ejemplo, la proporción de la población no derechohabiente sigue siendo alta, además de que el porcentaje de los que acceden a servicios de salud brindados por las empresas o seguros privados es bajo.

Gráfica 10

Institución a la que tienen derecho o están afiliados los tenancinguenses, 2000-2020



Fuente. Elaboración propia con base en los datos de los Censos de Población y Vivienda de 2000, 2010 y 2020.

Así entonces, la brecha de aquellos tenancinguenses que no tenían derecho a servicios médicos entre el 2000 y 2020 si bien ha disminuido, cabe señalar que, según los testimonios de las 8 personas entrevistadas en el marco de esta investigación, 7 de ellas y ellos no cuentan con seguro médico o INSABI, mientras que Erasto manifestó tener IMSS. Por ello, como se mostró al inicio del capítulo, las narrativas de Adriana y de Mary advierten su inconformidad y descontento por no contar con el Seguro Popular, además de identificarse un amplio desconocimiento sobre el INSABI, considerando que con la desaparición del Seguro Popular ya no tenían derecho a ningún tipo de seguro.

De acuerdo con la información brindada por el Instituto de Salud del Estado de México, el municipio de Tenancingo cuenta con 9 unidades de salud públicas que son competencia de la Secretaría de Salud estatal, de las que destaca el Hospital General de Tenancingo, por ser un hospital de segundo nivel y el único que presta servicios de

hospitalización, pues las otras unidades únicamente ofrecen consulta externa. De igual forma, se encuentra el Centro de Salud de Tenancingo, espacio al que acuden las personas o son remitidos de otras localidades cuando no ameritan hospitalización (Cuadro 10). De acuerdo con el testimonio de los migrantes entrevistados, dependiendo del tipo de padecimiento, cuando optaban por la medicina alópata acudían principalmente al Centro de Salud de Tenancingo, pero sí el problema de salud llegaba a ser más severo, los remitían al Hospital General de Tenancingo, o bien, se dirigían directamente a dicho lugar.

Cuadro 10

Infraestructura física y de personal de salud en Tenancingo, 2020

Unidades de Salud	Servicios que presta	Infraestructura física					Personal de salud					
		Consultorios de medicina general	Consultorios EBN otras áreas	Camas en el área de hospitalización	Camas en otras áreas	Total de camas	Total plazas ocupadas	Médicos generales, odontólogos y especialistas	Enfermeras en contacto con el paciente	Otro personal profesional	Personal técnico	Otro personal
H.G. Tenancingo	Hospitalización	0	11	60	31	91	531	112	235	31	33	120
C.S.U. Tenancingo	Consulta externa	7	3	0	0	0	89	16	21	7	30	15
San José Chalmita		1	0	0	0	0	4	1	2	0	1	0
Santa Ana Ixtlahuatzingo		3	0	0	0	0	14	3	3	0	7	1
San Juan Xochiaca		1	0	0	0	0	5	1	1	0	3	0
Zepayautla		1	1	0	0	0	5	2	1	0	2	0
Tecomatlán		2	0	0	0	0	9	1	3	0	5	0
C.S. San Martín Coapaxtongo		1	1	0	0	0	8	2	3	0	3	0
El Carmen		1	0	0	0	0	4	1	1	0	2	0

Fuente. SINERHIAS (salud.gob.mx).

De acuerdo con el Plan de Trabajo de 2021 del Hospital General de Tenancingo, tiene como cartera de servicios las especialidades de cirugía general, medicina interna, ginecología y obstetricia, traumatología, oftalmología, terapia intensiva de adultos y neonatales, así como banco de leche, clínica de lactancia, hemodiálisis y unidad de cuidados paliativos. En 2020 fue asignado como unidad de atención médica COVID-19 (Hospital General de Tenancingo, 2021). Dentro de las primeras causas de mortalidad registradas en este hospital en 2020, se encuentra en primer lugar la insuficiencia respiratoria aguda, con un total de 114 personas

fallecidas, seguido de la neumonía no especificada con 55 decesos (Cuadro 11). Es de llamar la atención que las primeras causas de mortalidad ocurridas en el hospital estén relacionadas con problemas respiratorios, lo que puede relacionarse con la contaminación del aire, inhalación de productos químicos, asbesto y otros productos artificiales, particularmente considerando que se trata de una región agrícola, con una alta producción de flores, y en la que laboran una importante proporción de tenancinguenses, pero también por la propagación del coronavirus, como lo refleja el uso emergente de U07.1 y U07.2 (Cuadro 11).

Cuadro 11

Diez principales causas de mortalidad, H.G. de Tenancingo, 2020

Causas de mortalidad	Cantidad
1. Insuficiencia respiratoria aguda	114
2. Neumonía, no especificada	55
3. Síndrome de dificultad respiratoria de adulto	15
4. Uso emergente de U07.1	15
5. Choque séptico	13
6. Sepsis, no especificada	10
7. Enfermedad renal crónica, no especificada	9
8. Uso emergente de U07.2	9
9. Acidosis	6
10. Sepsis bacteriana de recién nacido, no especificada	5
Todas las demás	57
Total	308

Fuente. SAEH. Registros hospitalarios, Hospital General de Tenancingo, 2020.

En lo que respecta a las primeras causas de morbilidad, el parto único espontáneo ocupó el primer lugar con 731 casos, seguido de las causas obstétricas directas excepto aborto y parto único espontáneo, con 653 casos. En tercer lugar, los traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas con 364 casos (Cuadro 12).

Según el mismo Plan de Trabajo 2021, el Hospital General de Tenancingo está obligado a atender a toda la población del municipio. De igual forma, está comprometido con atender a personas de otros municipios como Almoloya de Alquisiras, Coatepec Harinas, Ixtapan de la Sal, Malinalco, Ocuilan de Arteaga, Sultepec, Texcaltitlán, Tonatico, Villa Guerrero, Zacualpan y Zumpahuacán (Hospital General de Tenancingo, 2021).

Cuadro 12

Diez principales causas de morbilidad, H.G. de Tenancingo, 2020

Causas de morbilidad	Cantidad
1. Parto único espontáneo	731
2. Causas obstétricas directas excepto aborto y parto único espontáneo (solo morbilidad)	653
3. Traumatismo, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas	364
4. Insuficiencia renal	320
5. Influenza/neumonía	210
6. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	199
7. Aborto (solo morbilidad)	124
8. Enfermedades del apéndice	95
9. Colelitiasis y colecistitis	64
10. Diabetes mellitus	56
Todas las demás	905
Total	3,721

Fuente. SAEH. Registros hospitalarios, Hospital General de Tenancingo, 2020.

Por otro lado, la información brindada por el Instituto de Salud del Estado de México señala que, en 2019, las primeras causas de mortalidad en el municipio fueron la diabetes mellitus con un total de 73 casos (13.7% de un total de 532 personas muertas), seguido de las enfermedades isquémicas del corazón con 47 y enfermedades cerebrovasculares con 33 decesos. En menor medida están las infecciones respiratorias agudas, la nefritis y nefrosis y la enfermedad pulmonar obstructiva (Cuadro 13).

Cuadro 13

Diez principales causas de mortalidad en Tenancingo, 2019

Causas de mortalidad	Cantidad
1. Diabetes mellitus	73
2. Enfermedades isquémicas del corazón	47
3. Enfermedad cerebrovascular	33
4. Infecciones respiratorias agudas	26
5. Nefritis y nefrosis	21
6. Enfermedad pulmonar obstructiva	20
7. Enfermedades hipertensivas	19
8. Otros tumores malignos	18
9. Agresiones (homicidios)	12
10. Otros accidentes	9
Todas las demás	254
Total	532

Fuente. Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones.

Es de llamar la atención que las principales causas de mortalidad registradas en el Hospital General de Tenancingo en relación con las registradas a nivel municipal varían notablemente. Sin embargo, es importante señalar que las estadísticas del hospital corresponden al inicio de la pandemia de COVID-19 en 2020, cuando los problemas respiratorios se acentuaron y fueron varios los decesos que pudieron estar asociados con esta causa.

Por ello, en 2020, entre las primeras causas de morbilidad en el municipio se ubican las infecciones respiratorias agudas, con 13,400 casos (56.3% de un total de 23,778 personas enfermas), seguido de las infecciones en las vías urinarias con 2,173 y de las infecciones intestinales con 2,093 casos (Cuadro 14).

Cuadro 14

Diez principales causas de morbilidad en Tenancingo, 2020

Causas de morbilidad	Cantidad
1. Infecciones respiratorias agudas	13,400
2. Infección de vías urinarias	2,173
3. Infecciones intestinales	2,093
4. Úlceras, gastritis y duodenitis	678
5. Neumonías y bronconeumonías	541
6. Diabetes mellitus no insulino dependiente	504
7. Hipertensión arterial	486
8. Otitis media aguda	424
9. Vulvovaginitis	400
10. Violencia intrafamiliar	379
Todas las demás	2700
Total	23,778

Fuente. Sistema Único de Información de Vigilancia e Epidemiología SUIVE 2020.

En lo que respecta a los casos de COVID-19 en Tenancingo, hasta el 25 de junio de 2023 se habían confirmado 2,508 casos acumulados, 10,604 casos negativos, 387 sospechosos y 210 defunciones (DGE, 2023). Como se señaló en su momento por los especialistas de la salud, el COVID-19 afectó de manera más severa a las personas que presentaban ciertas comorbilidades¹³. Para el caso de Tenancingo, hasta el 31 de diciembre

¹³ «La “comorbilidad”, también conocida como “morbilidad asociada”, es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que

de 2021, los tipos de comorbilidad con los que identificaron a los pacientes con la enfermedad fueron: «diabetes, obesidad, hipertensión, tabaquismo, falla renal crónica, padecimientos cardiovasculares y asma, siendo la diabetes e hipertensión, los casos de comorbilidad más frecuentes entre las personas confirmadas con 238 y 236 casos respectivamente» (Ayuntamiento Constitucional de Tenancingo, 2022, p. 73). En «hospitalizaciones se identificaron 129 casos por cada uno de estos padecimientos y respecto a las defunciones se registraron 65 y 67 casos por cada una de estas enfermedades» (Cuadro 15).

Cuadro 15

Comorbilidad de los contagios de COVID-19 en Tenancingo, 2020-2021

Tipo de comorbilidad	Confirmados		Hospitalizados		Fallecidos	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Diabetes	238	12.8	129	28.1	65	34.0
Hipertensión	236	12.7	129	28.0	67	34.9
Obesidad	155	8.3	57	12.4	20	10.4
Fumador	66	3.5	23	5.0	7	3.6
Falla renal crónica	33	1.8	20	4.3	10	5.2
Cardiovascular	30	1.6	18	3.9	6	3.1
Asma	24	1.3	5	1.1	1	0.5
Total	782	42.11	381	82.8	176	91.7

Fuente. Ayuntamiento Constitucional de Tenancingo (2022), con base en la información de Datamexico.org/es/profile/geo/Tenancingo, 2022.

Vale la pena señalar que, hasta el 25 de junio de 2023, el número acumulado de casos confirmados de COVID-19 a nivel nacional fue de 7,633,355 personas, registrándose 334,336 defunciones (Gobierno de México, 2023a). De acuerdo con el pensar popular de la población, así como lo señalado por los medios de comunicación de radio y televisión, las estadísticas de la Secretaría de Salud están subestimadas, pues al parecer fue mayor el número de decesos que los contabilizados. Situación que no es ajena a lo expresado por la población en Tenancingo, pues según las narrativas de la población migrante entrevistada y otras personas de sus localidades a causa de esta enfermedad se observó un alto número de defunciones.

puede empeorar la evolución de ambas» <https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/la-comorbilidad#:~:text=La%20%22comorbilidad%22%2C%20tambi%C3%A9n%20conocida,o%20uno%20de spu%C3%A9s%20del%20otro.>

Sobre los prestadores de servicios de salud del sector privado, la información de la Dirección de Desarrollo Económico del Ayuntamiento de Tenancingo indica que para 2021 existían 17 farmacias, 8 consultorios médicos, 9 consultorios odontológicos y 3 negocios que se dedican a la medicina natural y homeópata. Esto sin contar los puestos que se colocan en los días de mercado para vender diversas hierbas relacionadas con la medicina tradicional, al igual que los negocios que no se han registrado. De acuerdo con esta información y la observación realizada durante los recorridos de campo se identificó que existe un importante número de establecimientos y alternativas que se dedican a la prestación de servicios de salud de diferente índole, por lo que, las personas pueden hacer uso de esta cartera de opciones según sus necesidades, usos y costumbres para atender sus padecimientos (Imagen 1).

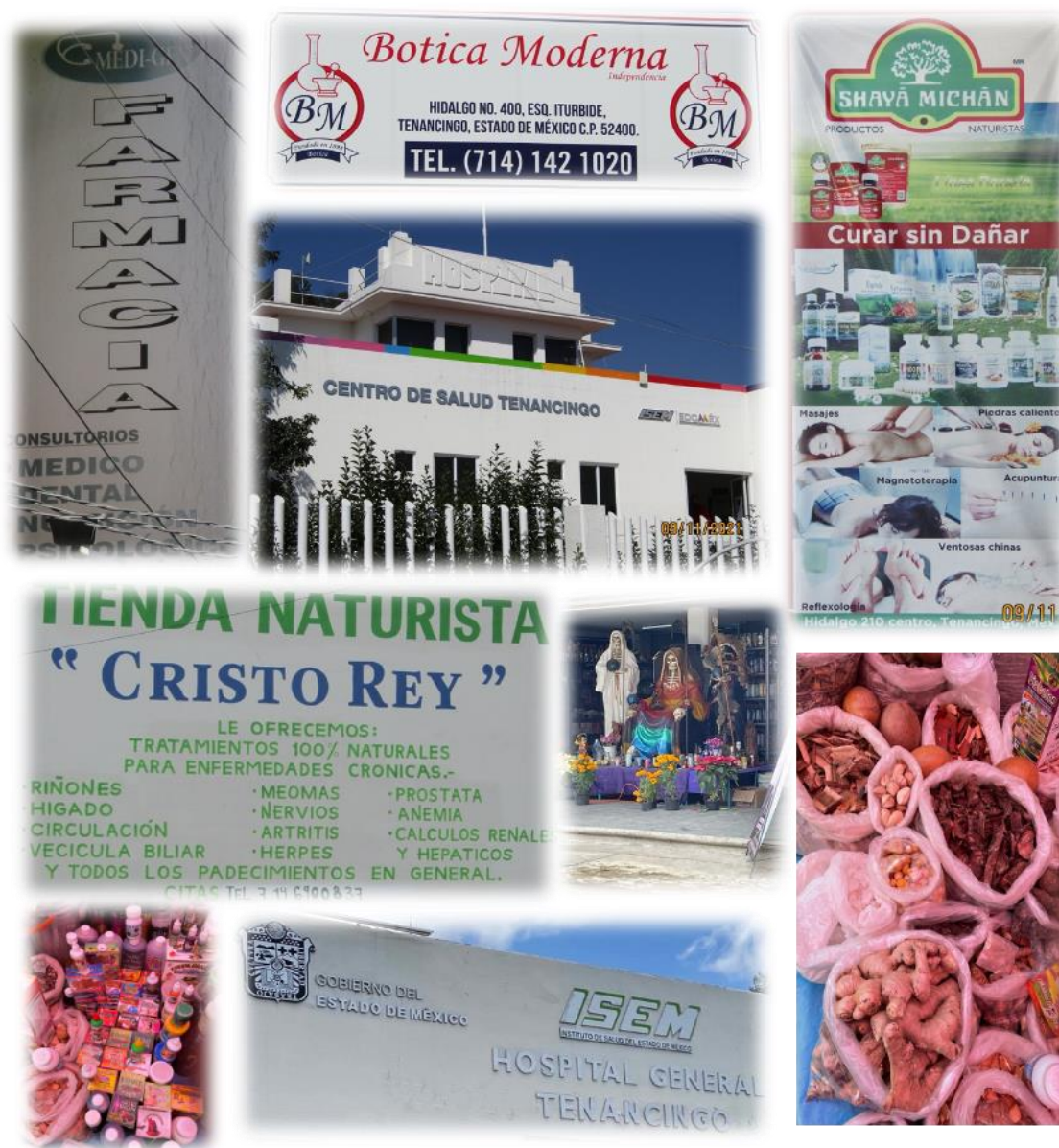
El Índice de Rezago Social (aplicación de la técnica de Análisis de Componentes Principales) estimado por el CONEVAL incorpora 4 indicadores sobre carencias sociales – educación, salud, servicios básicos y calidad de espacios en las viviendas–. Su estimación para el municipio de Tenancingo muestra avances en las 2 últimas décadas (Ayuntamiento Constitucional de Tenancingo, 2022), advirtiendo posibles impactos positivos de las políticas públicas implementadas. No obstante, como se refirió anteriormente es necesario mejorar diversos componentes relacionados con los modos de vida, entre ellos, el relacionado con la salud, particularmente considerando que las localidades del municipio de la población migrante entrevistada observan diferencias importantes entre ellas.

En una perspectiva semejante, la medición de la pobreza realizada por el CONEVAL según las dimensiones establecidas en el artículo 36 de la LGDS, refiere las carencias sociales sobre: rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a seguridad social, acceso a alimentación, calidad y espacios de la vivienda, acceso a servicios básicos en la vivienda e ingreso como bienestar económico. Dichas carencias expresan que:

Una persona se encuentra en situación de pobreza multidimensional cuando no tiene garantizado el ejercicio de al menos uno de sus derechos para el desarrollo social, y sus ingresos son insuficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades. (CONEVAL, 2019, como se citó en Ayuntamiento Constitucional de Tenancingo, 2022, p. 153)

Imagen 1

Diferentes formas de atención de la salud en Tenancingo



Fuente. Elaboración propia en base a fotografías tomadas en el municipio de Tenancingo.

En este sentido, según datos del CONEVAL, en 2010 Tenancingo contaba con 50,678 personas que se encontraban en pobreza multidimensional (53.9% de la población), cifra que en 2020 se situó en 62,590 personas (61.5% de la población), lo que representa un aumento de 11,912 personas en el transcurso de 10 años (Diagrama 8) (Ayuntamiento Constitucional de Tenancingo, 2022). De la población en situación de pobreza en 2020, 52.2% vivía en pobreza moderada, en tanto no poseen con los ingresos necesarios para cubrir las necesidades

básicas y fundamentales, por lo que no cuentan con la capacidad para cubrir una de las 6 carencias sociales definidas anteriormente. Así mismo, 9.4% de los habitantes de Tenancingo vivían en situación de pobreza extrema (Diagrama 8), pues perciben ingresos menores a los necesarios para cubrir las necesidades básicas alimentarias, por lo que presentan 3 o más carencias sociales (Ayuntamiento Constitucional de Tenancingo, 2022).

Diagrama 8

Medición de la pobreza en Tenancingo, 2010-2020



Fuente. Medición de la pobreza a escala municipal, CONEVAL y el informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social 2020, Tenancingo, México, Gobierno de la República, como se citó en Ayuntamiento Constitucional de Tenancingo (2022).

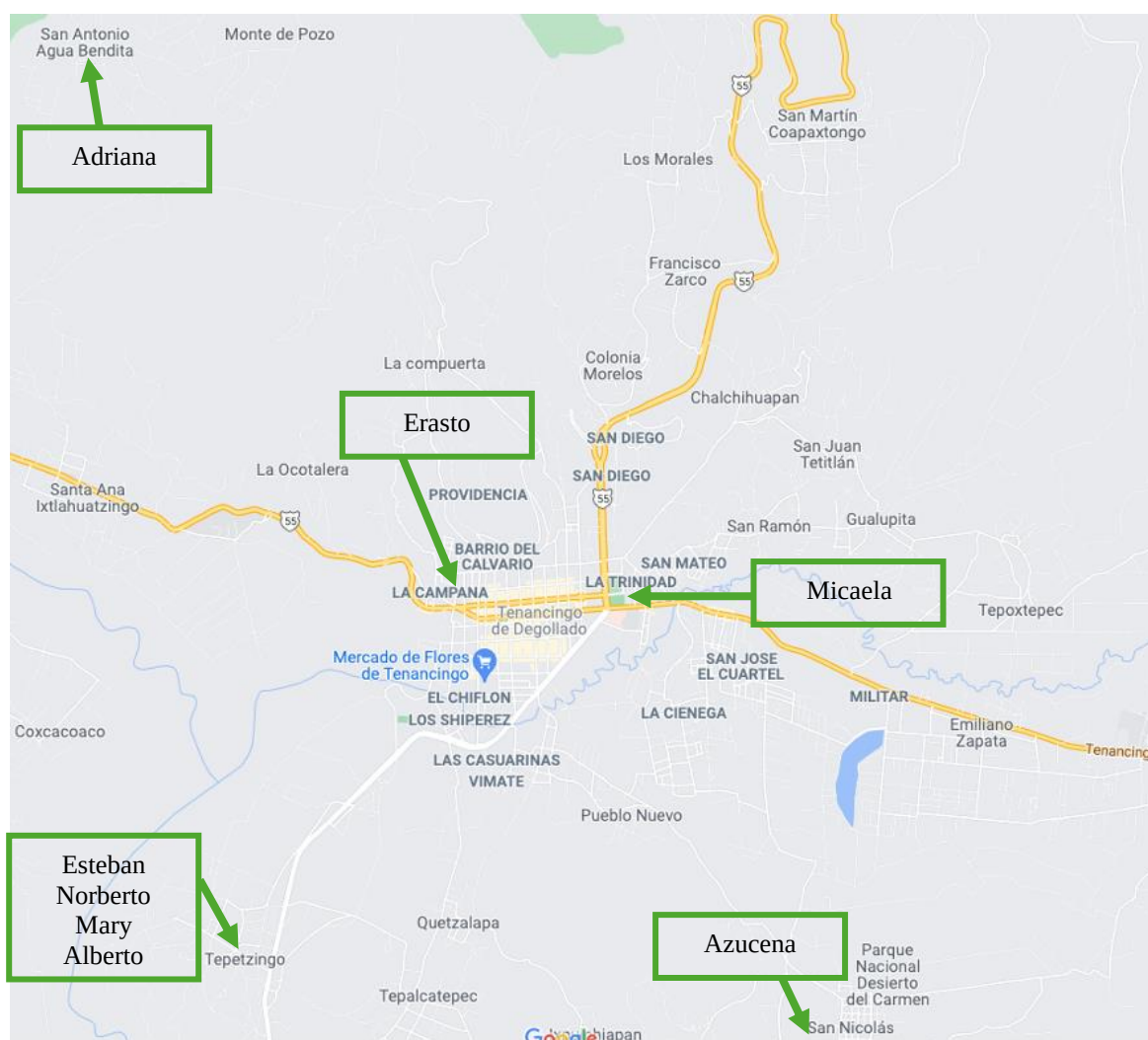
Las carencias sociales presentaron una disminución, al pasar de 36.0% a 23.4% de 2010 a 2020, esto es 12.6 puntos porcentuales por debajo de lo observado en el primer año (Diagrama 8) (Ayuntamiento Constitucional de Tenancingo, 2022). Es importante señalar que cada una de las carencias sociales varió de manera diferenciada durante este periodo de tiempo, siendo las cuestiones de rezago educativo, acceso a la alimentación, calidad y espacios de la vivienda, y acceso a los servicios básicos en la vivienda los conceptos que mejoraron, no así en las carencias relacionadas con el acceso a los servicios de salud y el acceso a la seguridad social, en la que se advierten retrocesos. De ahí la importancia de analizar cuidadosamente los indicadores, pues, aunque en conjunto pueda haber avances, individualmente no se sigue la misma tendencia.

Localidades de las Personas Migrantes Entrevistadas

En los mapas 2 y 3 se incluyen los lugares de origen de los 8 migrantes de retorno entrevistados en Tenancingo, así como los lugares de recepción en Estados Unidos. En las siguientes líneas se presenta una breve descripción de éstos, con la finalidad de identificar las particularidades de dichos espacios que permiten comprender los modos de vida y los PSEAP de esta población.

Mapa 2

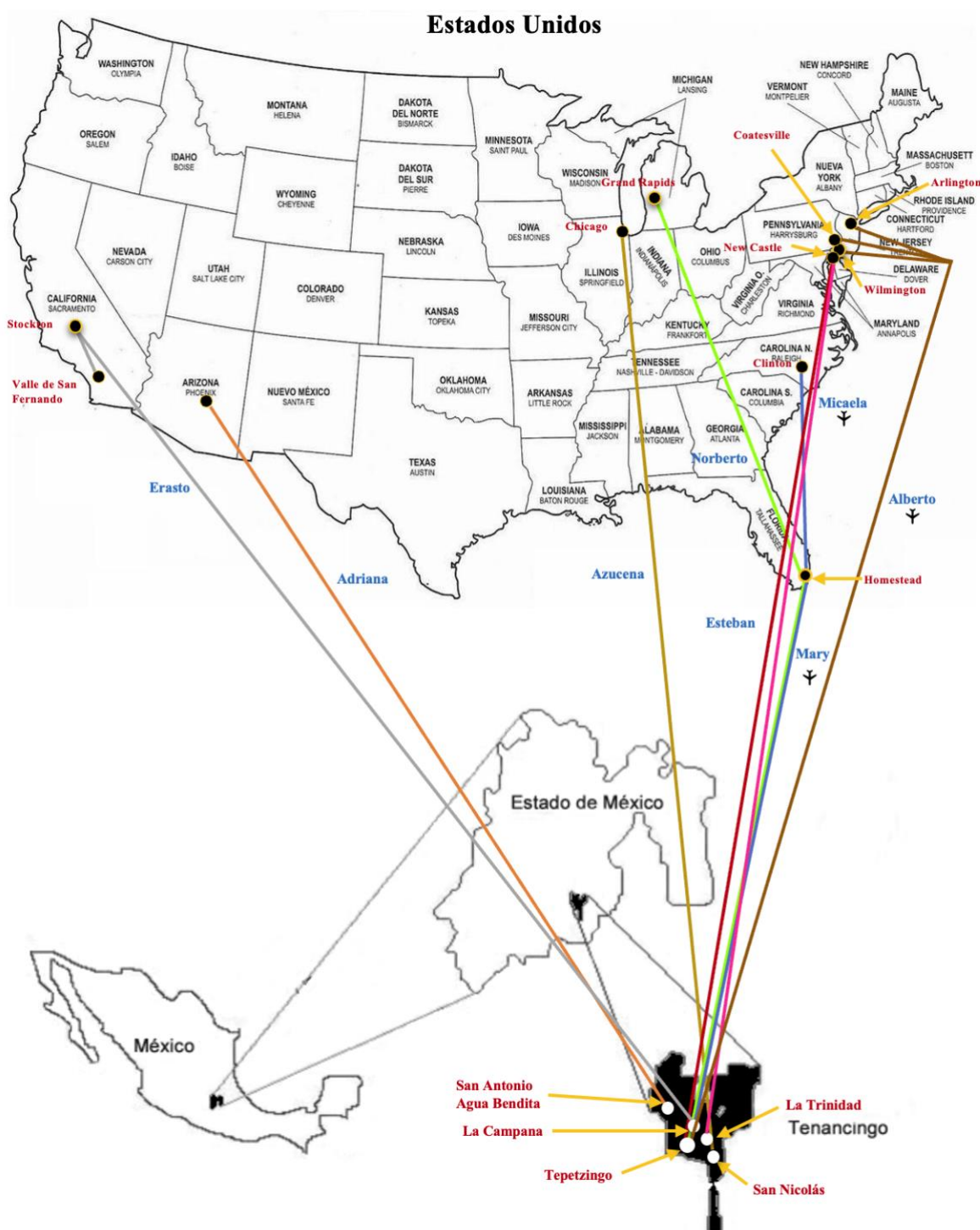
Localidades de Tenancingo de las personas entrevistadas



Fuente. Google Maps, 2022.

Mapa 3

Lugar de origen en México y de recepción en Estados Unidos de las personas migrantes entrevistadas



Fuente. Elaboración propia con base en los hallazgos del trabajo de campo, 2021-2022.

La Campana. Es uno de los 13 barrios que comprende la cabecera municipal de Tenancingo, ubicado en la parte oeste y central de ésta (Mapa 4). Es un lugar con pocos establecimientos comerciales, en su mayoría dedicados al comercio minorista (MarketDataMéxico, 2022). Durante los recorridos de campo se observó que a no más de 15 minutos caminando se encuentran múltiples negocios como, por ejemplo: el mercado municipal, tiendas de abarrotes, bancos, farmacias, tiendas de ropa, zapatos, entre otros comercios.

Mapa 4

Ubicación geográfica del Barrio La Campana



Fuente. Google Maps, 2022.

En la calle del Panteón Norte de este barrio se encuentra el único panteón privado del municipio de Tenancingo, llamado «El Salvador» (Ayuntamiento Constitucional de Tenancingo, 2022). De acuerdo con la monografía del municipio de Tenancingo, los habitantes del barrio de La Campana construyeron una capilla en la que se venera a La Santa Cruz y se conmemora el viernes de Dolores (López Medina, 2011). En este barrio vive Erasto, quien fue entrevistado en 2021.

Imagen 2

Barrio La Campana en imágenes

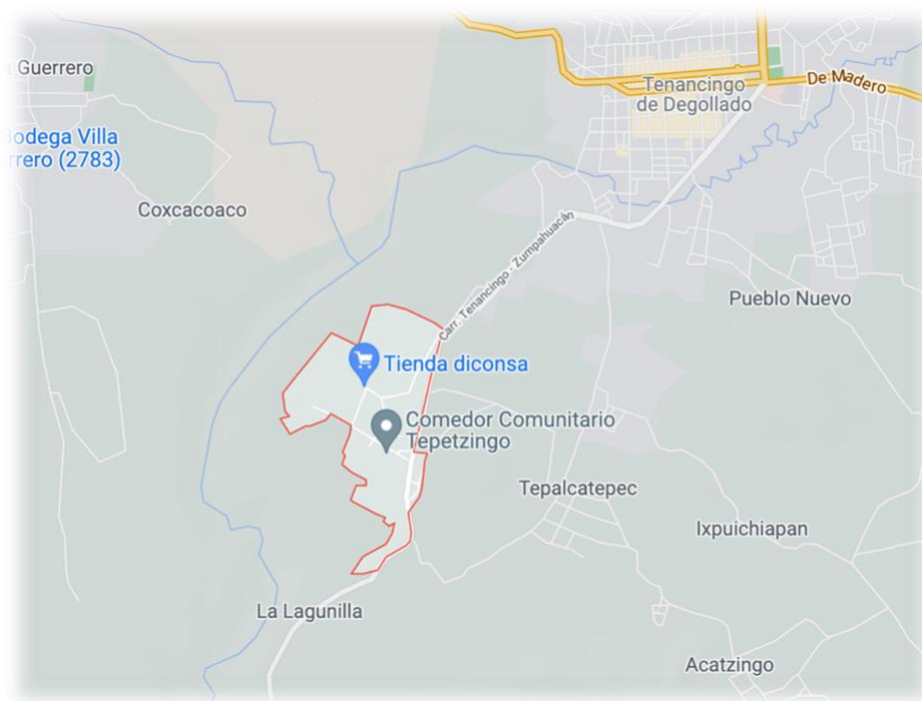


Fuente. Fotos tomadas en trabajo de campo, 2021.

Tepetzingo. Santiago Tepetzingo es uno de los pueblos que conforman el municipio de Tenancingo. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 2020, el número de habitantes fue de 3,120: 50.4% mujeres y 49.6% hombres. Cuenta con 796 viviendas particulares habitadas. Se ubica en la parte suroeste de la cabecera municipal (Mapa 5).

Mapa 5

Ubicación geográfica de Tepetzingo



Fuente. Google Maps, 2022.

De acuerdo con los recorridos de campo se observó que Tepetzingo tiene un amplio dinamismo en movimiento de personas y afluencia de vehículos. Tiene transporte permanente de taxis colectivos que se dirigen a la cabecera municipal y a otras localidades. Tepetzingo cuenta con un centro de salud¹⁴ en donde no hay médico y al que una enfermera acude 2 veces a la semana, especialmente para la vacunación. Entre sus actividades también tiene lo concerniente a los métodos de planificación familiar, sobre todo en las mujeres, pues de acuerdo con su testimonio son las que más acuden. En cuanto a malestares y

¹⁴ Este centro de salud no aparece como una de las unidades médicas mencionadas por el Instituto de Salud del Estado de México. No se tiene información oficial al respecto.

enfermedades, realiza la respectiva remisión para que acudan a atenderse al Centro de Salud de Tenancingo.

Imagen 3

Tepetzingo en imágenes



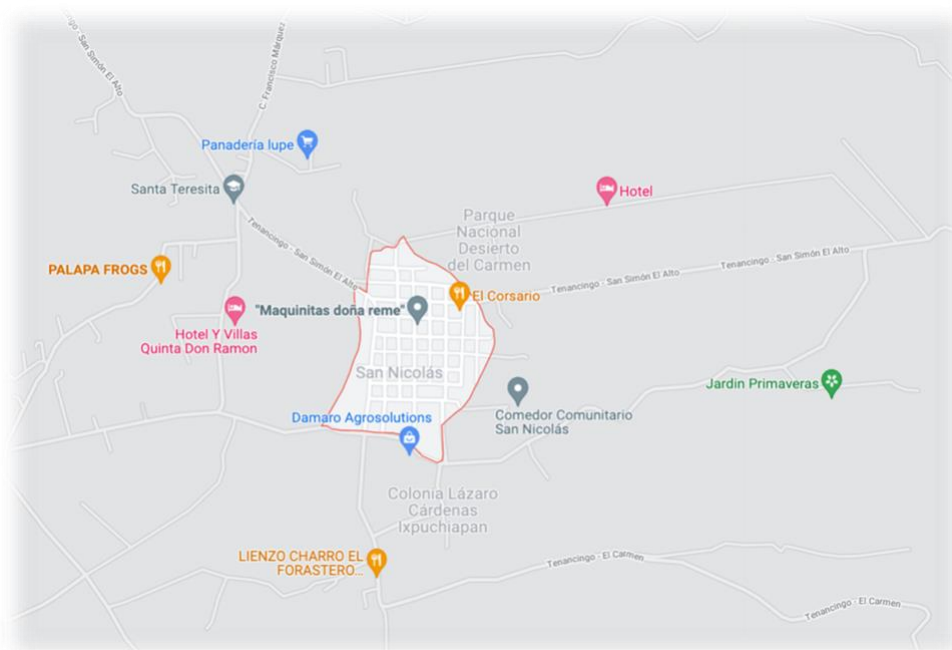
Fuente. Fotos tomadas en trabajo de campo, 2021.

Entre su infraestructura, este pueblo también cuenta con una delegación, parroquia, varias escuelas y tiendas de abarrotes y de otra índole. En este lugar habitan Esteban, Norberto, Alberto y Mary, 4 de las 8 personas entrevistadas. Como se ha señalado antes, Tepetzingo se sitúa como un espacio que registra una importante dinámica migratoria (Acosta Millán, 2014).

San Nicolás. San Nicolás de Tolentino es otro de los pueblos de Tenancingo, ubicado en la parte sureste de la cabecera municipal (Mapa 6). Durante los recorridos de campo se identificó ausencia de infraestructura, además de que la gran parte de las calles son de terracería, y en tiempos de lluvias dificultan significativamente la movilidad.

Mapa 6

Ubicación geográfica de San Nicolás



Fuente. Google Maps, 2022.

Se percibe un alto rezago en cuanto a obra social. Cuenta con un centro de salud, que al igual que en Tepetzingo, no tiene médico y dispone de una enfermera que acude 1 o 2 días a la semana. De acuerdo con datos del Censo de Población y Vivienda 2020, el número de habitantes de San Nicolás fue de 2,006: 51.3% mujeres y 48.7% hombres. Cuenta con 457 viviendas particulares habitadas. La comunidad de San Nicolás se encuentra dispersa en la

pendiente que colinda al lado norte del cerro del Nixcongo y en tierras que pertenecieron a la hacienda de Tenería.

Imagen 4

San Nicolás en imágenes



Fuente. Fotos tomadas en trabajo de campo, 2021.

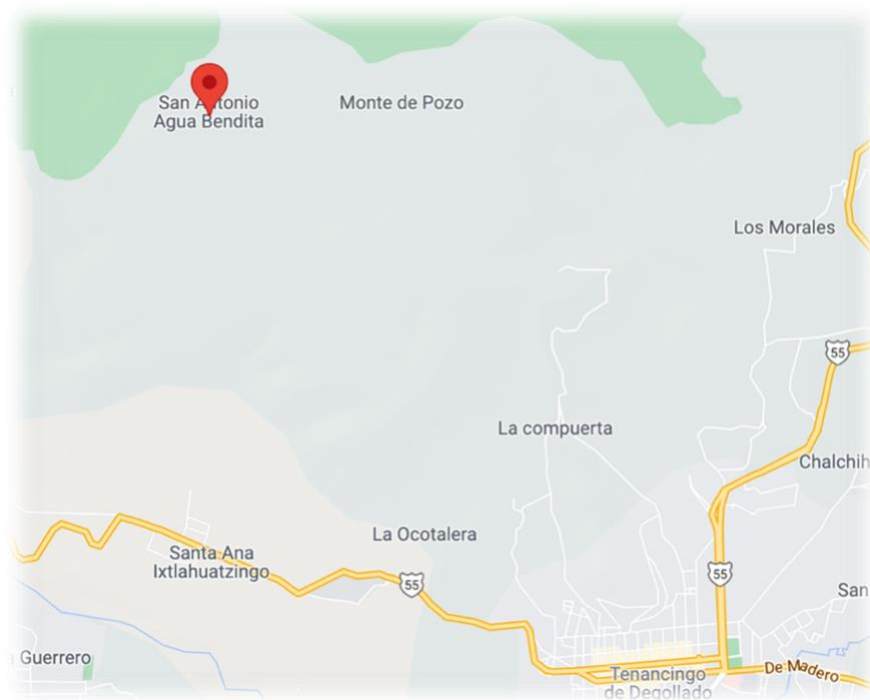
El agua potable del pueblo es extraída del pozo de la Ciénaga; el drenaje se inició en el año 2002; la energía eléctrica se introdujo en 1975. El pueblo cuenta con instituciones

educativas de preescolar, primaria y telesecundaria. La distancia de San Nicolás a la cabecera municipal de Tenancingo es de 4 kilómetros, recorrido que se hace por carretera asfaltada. Existe también para el transporte un sitio de taxis colectivos, además del servicio de camión urbano (López Medina, 2011). En este lugar se entrevistó a Azucena.

San Antonio Agua Bendita. Es una de las 24 comunidades que conforman el municipio de Tenancingo. Se ubica en la parte noroeste de la cabecera municipal, colindando con el parque Hermenegildo Galeana (Mapa 7). Se trata de una localidad pequeña, con 1,013 habitantes: 50.6% hombres y 49.4% mujeres. El grado promedio de escolaridad es de 5.8, siendo de 6.1 en las mujeres y 5.5 en hombres (Censo de Población y Vivienda de 2020).

Mapa 7

Ubicación geográfica de San Antonio Agua Bendita



Fuente. Google Maps, 2022.

Durante el trabajo de campo no se observó mucho dinamismo en cuanto al movimiento de personas, excepto cuando los niños y jóvenes entran y salen de las escuelas. Se distingue una mayoría de calles de terracería, así como algunas viviendas en condiciones precarias. De acuerdo con la información recabada, en años pasados existía un espacio que funcionaba como centro de salud, pero lo deshabilitaron.

Imagen 5

San Antonio Agua Bendita en imágenes



Fuente. Fotos tomadas en trabajo de campo, 2021.

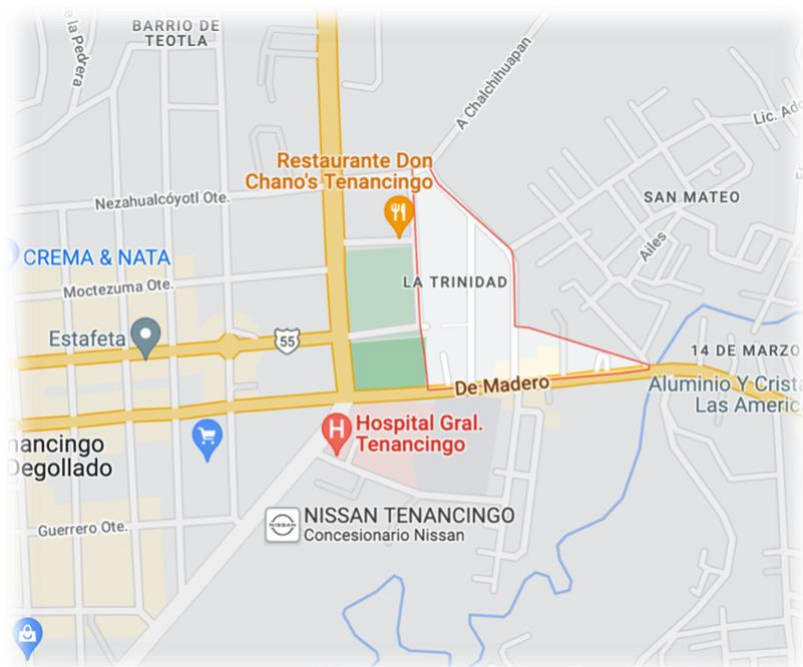
Las viviendas se encuentran ubicadas sobre la pendiente del cerro San Antonio, donde los campesinos tienen terrenos ejidales en los que cultivan sus productos agrícolas. Cuenta con una cancha de fútbol, panteón, instituciones educativas de preescolar, primaria y telesecundaria. La distancia de esta comunidad a la cabecera municipal de Tenancingo es de

12 kilómetros, recorrido que se puede hacer por la carretera federal número 55 o entrando por Teotla, por las comunidades de Tierra Blanca y la Compuerta, con carretera asfaltada, para luego continuar por terracería a un costado de las poblaciones de San Antonio, el parque Hermenegildo Galeana y Monte de Pozo (López Medina, 2011). En este lugar se entrevistó a Adriana.

La Trinidad. Es una de las colonias que hacen parte de la cabecera municipal de Tenancingo. Limita al sur con la carretera que se dirige de Tenancingo a San José de Tenoría, al norte con la calle Francisco Villa, al este con la colonia San Mateo y al poniente con el estadio de fútbol y el parque Alameda Municipal donde se encuentra la Casa de la Cultura (Mapa 8) (López Medina, 2011).

Mapa 8

Ubicación geográfica de La Trinidad



Fuente. Google Maps, 2022.

Es un lugar céntrico, donde se ubica el Hospital General de Tenancingo, la Preparatoria incorporada a la UAEM Dr. Pablo González Casanova y comercios de toda índole, siendo una zona que presenta una importante afluencia de personas (Mapa 8).

Imagen 6
La Trinidad en imágenes



Fuente. Fotos tomadas en trabajo de campo, 2022.

De igual forma, «se encuentran en la colonia sedes de las zonas escolares de preescolar, primarias, telesecundarias, secundarias técnicas, secundarias generales de los sistemas educativos federal y estatal, así como la escuela de música» (López Medina, 2011, p. 24).

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 2020, la colonia La Trinidad tiene 4,415 habitantes: 51.9% mujeres y 48.1% hombres. Posee 1,063 viviendas particulares habitadas, con un promedio de ocupantes de 4.1. El 40.2% de la población de La Trinidad está afiliada a servicios de salud. El grado promedio de escolaridad es de 10.2, siendo muy similar entre hombres y mujeres.

Por último, han sido diversas y profundas las transformaciones que ha vivido la población de Tenancingo desde los 90's cuando se fueron los primeros migrantes entrevistados a Estados Unidos. Los cambios son notorios a nivel económico ya que el municipio se ha consolidado cada vez más como un epicentro comercial de la región, y a nivel social, con necesidades que van cambiando con el transcurrir de los años. En pleno siglo XXI la migración tenancinguense es una realidad compleja, pues forma parte del creciente fenómeno migratorio. Actualmente se reconocen ciertas localidades de las cuales emigran un mayor número de personas, como Tepetzingo, lugar de origen de 4 de los colaboradores de la investigación.

Durante el trabajo de campo se tuvo la oportunidad de identificar las condicionantes estructurales de la salud y explorar las experiencias vividas por el grupo de migrantes que retornaron a Tenancingo a partir de la crisis económica estadounidense. Si bien con la migración es posible considerar que la población migrante, después de más de 10 años de trabajo en Estados Unidos, han presentado algunas mejoras, aún siguen registrándose deficiencias en varios aspectos, pues en ciertas localidades la población continúa viviendo pobreza y precarias condiciones de vida, por ejemplo, en San Antonio Agua Bendita y San Nicolás, donde se observan calles de terracería que en época de invierno se vuelven intransitables. De igual manera, se pudo observar que había algunas viviendas hechas con madera y láminas, lo que es un indicio de que las condiciones en las que viven muchas personas no son las mejores.

Aunado a lo anterior, un aspecto que hay que resaltar y que se relaciona con los procesos de salud/enfermedad, son las instituciones de salud. En este sentido, se vislumbra un abandono por parte de las autoridades municipales y estatales, porque localidades como San Nicolás y Tepetzingo tienen centros de salud, pero al momento de realizar el trabajo de campo no había médico y solo acudía una enfermera 2 días a la semana. Lo mismo ocurrió

con San Antonio Agua Bendita, en la que, de acuerdo con el testimonio de Adriana, existía un lugar en donde había un centro de salud, pero por alguna razón dejó de funcionar.

El Contexto Estadounidense

En este apartado se analizan las condicionantes estructurales de la salud de migrantes mexiquenses en Estados Unidos, específicamente los contextos de los estados a los que han emigrado las personas tenancinguenses entrevistadas.

Migración de México a Estados Unidos

De acuerdo con Massey, Durand y Malone (2002), se distinguen 5 etapas en la migración de México a Estados Unidos. La primera, entre 1900 y 1929 corresponde a un periodo en el que varios trabajadores mexicanos, buscando prosperidad económica se insertaron en los sectores de la agricultura y los ferrocarriles, siendo Texas el principal lugar de recepción. La segunda etapa, entre 1930 y 1941, se caracterizó por los procesos de deportación y repatriación de aproximadamente medio millón de mexicanos (Durand, 2000).

La tercera etapa (1942 y 1964), se caracterizó por la creciente demanda de trabajadores mexicanos en Estados Unidos como resultado de la segunda guerra mundial y del Programa Bracero. Este Programa consistió en un acuerdo bilateral para la contratación temporal de trabajadores mexicanos para realizar actividades agrícolas. Se estima que fueron alrededor de 5 millones de migrantes mexicanos los que participaron en éste, al tiempo que propició el establecimiento de algunos de estos trabajadores migrantes en California, particularmente, lugar en el que iniciaron con la formación de redes sociales, que posteriormente participaron de la reproducción y continuidad de los procesos migratorios (Massey, Durand y Malone, 2002).

La cuarta etapa, se caracteriza por el dinamismo de la migración indocumentada, abarca el periodo de 1965 a 1986. En ésta, con la suspensión del Programa Bracero aumentó el desplazamiento hacia Estados Unidos de manera indocumentada, por lo que se agudizaron los controles migratorios y se originó un aumento de migrantes aprehendidos. No obstante, se registró un incremento considerable de mexicanos en ese país, pues entre 1965 y 1986

migraron aproximadamente 5.7 millones, alrededor del 81.0% eran indocumentados (Massey, Durand y Malone, 2002).

La última etapa, abarca desde 1986 hasta el 2007. Durante este periodo la economía de ambos países se ha fortalecido, tanto comercial como financieramente, lo que ha promovido una intensificación de los flujos migratorios. Las redes sociales de los migrantes de México se han fortalecido, ha aumentado la emigración femenina y los migrantes se han extendido por toda la geografía de los estados de la unión americana, y se han dedicado a otro tipo de actividades económicas, como la construcción, la manufactura y los servicios. De igual forma, una importante cantidad de migrantes ha alargado su estadía en Estados Unidos, y muchos han reconsiderado ya no regresar a México (Massey, Durand y Malone, 2002). A partir de 2007 ya se considera una nueva fase migratoria, periodo en el cual comenzaron a retornar las 8 personas entrevistadas en Tenancingo, quienes iniciaron su emigración a Estados Unidos desde principios de los noventa (Norberto, Mary, Alberto y Micaela), y entre 2003 y 2008 (Azucena, Erasto, Adriana y Esteban).

De acuerdo con Durand (2021), la migración mexicana a Estados Unidos ha cambiado de manera considerable en la última década, pues en la actualidad son «residentes migrantes indocumentados», dado que alrededor del 80.0% de ellos tiene más de 15 años viviendo en aquel país del Norte. De acuerdo con este autor, con los años que han permanecido, alrededor de 4 millones de migrantes en Estados Unidos, se han ganado la residencia con merecimiento. No obstante, ha sido una regularización que han prometido presidentes como Bush y Obama, pero que no se pudo dar por las diferentes trabas dadas en el Congreso. Es necesario problematizar la noción de «residentes migrantes indocumentados», pues además de comprender a la población que emigró en la última década, incluye también a otros tantos que llegaron a Estados Unidos desde hace varias décadas y no tuvieron oportunidad de regularizar su estatus migratorio, como ocurre en los casos de Norberto, Mary, Alberto y Micaela, quienes emigraron a principios de los 90's, percibiéndose prácticamente residentes, con estancias de más de 20 años en ese país, que, por ejemplo, en el caso de Norberto, trascendieron incluso en la adquisición de una vivienda en Grand Rapids, Michigan.

En esta nueva fase, los cambios en la política migratoria durante las administraciones de Barack Obama y Donald Trump han impactado directamente en las condiciones de

trabajo, en la economía y la salud física y mental de los migrantes mexicanos que residen en ese país. Toda esta serie de medidas antimigratorias sumadas a la tolerancia cero frente la migración indocumentada, el Título 42, el retorno del Título 8, han acentuado entre esta población la dificultad para acceder a un empleo, provocando incluso disminución en los salarios y en la cantidad de horas trabajadas, así como el traslado a otros sectores de la economía, donde la informalidad es una constante (Abuelafia, 2018).

Otro aspecto para resaltar en el marco de esta nueva fase es la recesión económica estadounidense de 2008, que produjo una contracción en los diferentes sectores productivos de ese país y ocasionó un desplome laboral que trascendió en altas tasas de desempleo entre la población migrante (Granados Alcántar y Pizarro Hernández, 2013):

En marzo de 2011 el desempleo alcanzaba ya a 13.7 millones de personas, de las cuales 43.9% lo había sufrido durante casi 4 meses; es decir, era un fenómeno de largo plazo. En febrero de 2009 el Departamento del Trabajo estadounidense registró 104 mil despidos en el ramo de la construcción y 375 mil en el sector servicios; en ambas participaban muchos mexicanos. (pp. 471-472)

Algunos de los migrantes entrevistados en Tenancingo vivieron las consecuencias de esta crisis. Por ejemplo, el esposo de Azucena trabajaba en la construcción, las afectaciones en la dinámica de este sector provocaron una disminución significativa en sus ingresos, que posteriormente los llevó a tomar la decisión de regresar a México. De igual forma, Erasto en este mismo sector llegó a tener muy poco trabajo, lo que limitó el envío de remesas a su familia en México. De acuerdo con el testimonio de Erasto, la falta de trabajo y de ingresos le obligó a buscar comida en los residuos de los botes de basura de los restaurantes. Por su parte Adriana, también experimentó las consecuencias de la persecución y el ambiente antiinmigrante, señalando que la vigilancia por parte de las autoridades migratorias cambió hacia lo que percibía como una observación permanentemente, fue así como meses después detuvieron a su esposo y fue deportado, motivo por el cual regresaron a México.

Este escenario antiinmigrante ha afectado algunos modos de vida de los migrantes mexicanos, en especial sus condiciones laborales y de vida. También ha afectado sus procesos de salud/enfermedad ante las situaciones de riesgo y vulnerabilidad a las que se encuentran expuestos, generándoles problemas de salud mental como estrés y ansiedad. Al respecto, Castañeda et al. (2018) señalan que, durante su estadía en Estados Unidos, la

acumulación de los sentimientos de discriminación y el miedo por una posible deportación afecta negativamente la salud de las familias migrantes y las comunidades que las reciben. Este contexto puede generar:

Padecimientos crónicos: problemas psicológicos, adicciones, obesidad, diabetes, síndrome metabólico y enfermedades cardiovasculares, o bien, en padecimientos infecto-contagiosos como el SIDA, tuberculosis y las ITS, una estancia larga en Estados Unidos sin la debida atención médica tiene un considerable efecto negativo en la calidad de vida del migrante. (Teitler, Martinson & Reichman, 2017, Ullmann, Goldman & Massey 2011, Wong & Gonzalez-Gonzalez, 2010, como se citó en Castañeda et al., 2018, p. 4)

Algunos autores señalan que la migración forzada tiene una fuerte relación con el riesgo de morir por problemas cardíacos, por lo cual tendría consecuencias para la salud a largo plazo (Haukka et al., 2017, como se citó en Castañeda et al., 2018). En términos generales y como lo resume Castañeda et al. (2018):

La precaria calidad de vida, las limitaciones en la satisfacción de las necesidades, el tipo de trabajo y el acceso restringido a los servicios de asistencia pública en Estados Unidos, imponen un costo a la salud. Asimismo, ser retornado forzadamente también se asocia con un deterioro en la salud. (p. 4)

En suma, puede decirse que el estatus indocumentado de la población migrante es una condicionante estructural, que no ha impedido la participación laboral de éstos, pero que sí trasciende en las condiciones en las que se insertan, en la situación de informalidad, precariedad y de exposición a riesgos que afectan gradualmente su salud psicológica y física.

Diversificación Geográfica de los Lugares de Recepción de Mexicanos

Una de las características de los flujos migratorios hacia Estados Unidos es su diversificación geográfica. En este sentido, Durand y Massey (2003, como se citó en CONAPO, 2012) dividen el territorio estadounidense en 5 grandes regiones. La primera es la región Sudoeste Primera Fase, integrada por los estados de California, Texas, Arizona y Nuevo México. Esta región ha sido la receptora tradicional de migrantes mexicanos, concentrando su mayor número, tanto por su vecindad con México, como por su historicidad (CONAPO, 2012; Albo y Ordaz, 2011). De acuerdo con Heredia Zubietta (2023), basado en datos de la Oficina del Censo de Estados Unidos, para el 2020, tan solo California, Texas y Arizona tenían la mayor población nacida en México, con 61.5%. Es justo California el lugar al que Erasto emigró

por primera vez en 2004 y en el que trabajó por 16 años. Hacia Arizona emigró Adriana en 2006. Ambos colaboradores fueron entrevistados en Tenancingo en su estatus de migrantes retornados.

Por otro lado, la región Sudoeste en Expansión abarca los estados de Idaho, Nevada, Oregón, Utah y Washington, que han presentado un notable incremento de población mexicana en los últimos años. En esta región destaca el estado de Nevada, donde un amplio número de migrantes mexicanos se han incorporado al mercado de trabajo hotelero y restaurantero desde la década de 1970, mientras que en Oregón y Washington se dedican mayoritariamente a las labores agrícolas e industria de la construcción (CONAPO, 2012; Albo y Ordaz, 2011).

La región de los Grandes Lagos gira alrededor de la ciudad de Chicago y comprende los estados de Illinois, Wisconsin, Minnesota, Indiana y Michigan. Es importante resaltar que la presencia de mexicanos inició a principios del siglo XX, particularmente en 1920 al estado de Illinois, que ocupa el tercer lugar en el mayor número de migrantes mexicanos, superado por California y Texas. La ciudad de Chicago aglomera aproximadamente el 90.0% de la población mexicana en Illinois, siendo la segunda ciudad más poblada por éstos, después de Los Ángeles (CONAPO, 2012; Albo y Ordaz, 2011). Para el 2019, la tendencia sigue siendo la misma para el estado, no así para la ciudad, pues el condado de Cook, que hace parte de la zona metropolitana Chicago ocupó el tercer lugar, por debajo de Los Ángeles y de Harris, en Texas (Heredia Zubieta, 2023). Justo es en Illinois, Chicago, el lugar de emigración y de trabajo de Azucena por 10 años.

Otra de las regiones es la de las Grandes Planicies, conformada por los estados de Colorado, Iowa, Kansas, Missouri, Nebraska, Oklahoma y Wyoming. Con excepción de Colorado, es una región donde históricamente la presencia de mexicanos ha sido reducida, aunque en las últimas décadas se ha convertido en un polo de atracción para esta migración (CONAPO, 2012; Albo y Ordaz, 2011).

Por último, está la región de la Costa Este, que abarca los estados de Florida, Georgia, Carolina del Sur, Carolina del Norte, Virginia, Distrito de Columbia, Maryland, Delaware, Nueva Jersey, Pennsylvania, Connecticut, Rhode Island, Nueva York, Maine, Massachusetts, Nueva Hampshire y Vermont. Para el año 2000, esta región fue la segunda con mayor número

de mexicanos, sobre todo en los estados de Georgia, Florida, Carolina del Norte y Nueva York (CONAPO, 2012; Albo y Ordaz, 2011). Es en la región de la Costa Este donde ha emigrado la mayor parte de las personas tenancinguenses entrevistados (Esteban, Norberto, Mary, Alberto y Micaela), apoyados todos por las redes familiares y de amigos que tenían en su momento.

En síntesis, se advierte que prácticamente en todo el territorio estadounidense se encuentran migrantes mexicanos trabajando. Aunque los números no alcanzan a los estados tradicionales de migración mexicana, es necesario recalcar la diversificación de lugares de recepción y asentamiento, quizás porque existen zonas donde los mercados de trabajo están saturados y buscan otros lugares que ofrezcan mayores áreas de oportunidad de empleo y de vida, o bien, lugares que aporten a su salud mental por tratarse de espacios en los que las autoridades migratorias no están tan presentes, por lo que la presión por una posible deportación es menor.

Algunas Localidades de Recepción en Estados Unidos de Tenancinguenses

Se estima que para el 2021, el número de migrantes mexicanos nacidos en México fue de aproximadamente 10 millones 700 mil (Gráfica 5), de los cuales 48.0% fueron mujeres y 52.0% hombres (Pew Research Center, 2023). El promedio de edad de esta población fue de 44.8 años, en tanto, la mayor proporción se encontraba entre los 50 y 64 años (27.0%), seguido de los de 40 a 49 años (26.0%) y de los de 30 a 39 años (20.0%). Alrededor de 62.0% llevaba 21 años o más en dicho país y 15.0% de 16 a 20 años (Pew Research Center, 2023). Es de llamar la atención el promedio de edad tan elevado de los migrantes, lo cual puede ser explicado por la alta proporción de los que llevan más de 20 años viviendo en Estados Unidos.

Por otro lado, 35.0% de los migrantes mexicanos ya eran ciudadanos estadounidenses. El 62.0% eran casados, 15.0% divorciados, separados o viudos, y 23.0% nunca se habían casado. El ingreso anual promedio de los hogares de los migrantes fue de alrededor de 54,400 dólares, con un 45.0% de población que trabajó tiempo completo todo el año. De los migrantes mayores de 15 años y que trabajaron en los últimos 5 años: 19.0% se dedicaba a la industria de la construcción, 13.0% laboraba en las fábricas, 12.0% en los servicios

profesionales, científicos y técnicos; gestión; administrativo y de apoyo y gestión de residuos y un 10.0% en los servicios de alojamiento y alimentación (Pew Research Center, 2023).

Con respecto a la cobertura de seguro médico, del total de la población migrante alrededor de 37.0% no contaba con seguro médico. Entre los menores de 18 años, la proporción de los que no tenían seguro de salud fue de 32.0%, mientras que en la población de 18 a 64 años fue de 41.0% y 7.0% entre los de 65 años y más. En cuanto a los que vivían en pobreza, fue de 17.0% para el total de personas migrantes: 27.0% para los menores de 18 años, 17.0% para los de 18 a 64 años, y de 19.0% para los de 65 años y más. Por último, 53.0% de los migrantes residían en una vivienda propia y 47.0% en una vivienda rentada (Pew Research Center, 2023).

Las características antes mencionadas son un reflejo de las precarias condiciones en la que vive la población migrante mexicana en Estados Unidos, con una proporción importante en situación de pobreza, altos niveles de población sin seguro médico y con un promedio de ingreso anual que está por debajo del total de la población hispana. Situación que puede desestimular a la población migrante y generar sensaciones y emociones que no favorecen su salud, siendo la necesidad y el deseo de tener una mejor vida los recursos para afrontarlo.

El grupo de 8 migrantes de retorno entrevistados emigraron a los estados de Illinois, California, Florida, Arizona, Delaware y Pennsylvania entre 1992 y 2008. Por ello, en los siguientes apartados se presentan ciertas particularidades y condicionantes estructurales de algunos de estos sitios de recepción estadounidense.

Migración Hacia Chicago, Illinois. Además de los elementos citados anteriormente, el papel de la ciudad de Chicago como concentradora de población migrante se tiene en situaciones como la documentada por Savedra (2023), periodista del Block Club Chicago, en el que menciona que Mary May, portavoz de la Oficina de Comunicaciones y Manejo de Emergencias de la ciudad, expresó que entre agosto de 2022 y septiembre de 2023 llegaron alrededor de 288 autobuses de migrantes provenientes de Texas, en el que desde mayo de 2023 tan solo han llegado 179 autobuses, buscando sobre todo radicar en este lugar. Si bien no se tienen cifras exactas del número de migrantes que han arribado, se estima que más de 2,000 personas están durmiendo en los vestíbulos de las comisarías y en el aeropuerto de

Chicago. De igual forma, May señaló que para septiembre de 2023 cerca de 9,200 personas vivían en 20 refugios que pertenecían a la ciudad, a diferencia de lo que se registró a finales de agosto de este mismo año, que fue de aproximadamente 6,600 personas.

La historia de Chicago da cuenta de un escenario urbano que se ha conformado por una mezcla de grupos étnicos, dejando de ser la ciudad más segregada racialmente de Estados Unidos (Koval, 2006, como se citó en Zapata-Garibay, 2021). Estos grupos han aprendido a interactuar en los centros de trabajo, escuelas, centros comerciales y de recreación; convirtiéndose en una ciudad multicultural (Zapata-Garibay, 2021).

Zapata-Garibay, González-Fagoaga y Cruz Piñeiro (2021a) por medio de la encuesta *Caracterización de la población de origen mexicano en la zona metropolitana de Chicago* de 2015, identificaron algunas características de los migrantes mexicanos en el condado de Cook, el cual forma parte de la zona metropolitana de Chicago. Los resultados reflejaron una concentración de migrantes, con un 80.0% de una segunda generación muy joven, menor a 20 años y una mayor visibilidad de las mujeres. En el flujo migratorio hacia Chicago se mantiene el origen de los migrantes de los estados tradicionalmente expulsores, con una importancia numérica de los que arribaron en la década de 1990, baja proporción de ciudadanía y alta proporción de migración indocumentada, vulnerabilidad relacionada con la baja escolaridad y escaso dominio del idioma inglés, así como con las condiciones de vivienda y su participación en el mercado de trabajo, lo que repercute en las condiciones de trabajo y prestaciones laborales.

Por su parte Caicedo (2021, p. 131), quien retoma los resultados de esta encuesta, argumenta que es «alarmante» el número de trabajadores migrantes que recibían bajos salarios (28.9% en hombres y 42.0% en mujeres) y no contaban con seguro médico en su empleo (58.8% en hombres y 62.5% en mujeres). Situación que empeoraba para el caso de las mujeres, particularmente ante la elevada proporción de migrantes indocumentados en la zona metropolitana de Chicago.

Por su parte, Zapata-Garibay et al. (2021b) a partir de la misma encuesta identificó que entre las y los jefes de familia, los hombres contaban con un mayor acceso al servicio médico como prestación laboral. De igual forma, los mexicanos más jóvenes tenían una

menor cobertura médica en comparación con los migrantes mayores de edad, lo cual puede deberse a su mayor participación en el mercado de trabajo.

Otra situación relevante es el conocimiento del idioma inglés como una puerta de entrada para mejores empleos, mejores condiciones y de acceso a los servicios médicos. La encuesta de referencia reflejó una diferencia de 40 puntos porcentuales en cuanto a la obtención de seguro de salud, entre los que hablan mucho inglés y los que no hablan o lo hacen poco. Así mismo, el mayor tiempo de residencia en Chicago puede relacionarse con una mayor integración a la vida social y al trabajo, lo que puede conllevar también a un mayor dominio del inglés y de obtención de mayores habilidades que influyen en mejores condiciones de trabajo, y por ende en el acceso a los servicios médicos.

Por último, en cuanto al estatus migratorio, el tener o no documentos influye considerablemente. Aquellos que no poseen documentos, generalmente se insertan en trabajos operativos que no requieren calificación o especialidad, y la remuneración económica por el trabajo es baja, aunado a las prestaciones laborales como el seguro de salud (Zapata-Garibay et al., 2021b).

Movimientos Migratorios a California. Para 2010, 23.0% de los 11.2 millones de migrantes mexicanos indocumentados que se encontraban en el vecino país vivía en California (Jeffrey, Passel y D´Vera Cohn, 2010, como se citó en SEGOB y CONAPO, 2013). De los migrantes mexicanos que vivían en este estado alrededor de una tercera parte eran indocumentados. De acuerdo con los datos de la *Encuesta sobre Salud en California de 2009*, la edad promedio de los migrantes indocumentados era menor que la del nivel nacional. Al igual que en Chicago, en este caso los resultados arrojaron un predominio de los bajos ingresos y una mayoría que no hablaba inglés o no lo hablaba de manera correcta. Así mismo, se advierte que, a pesar de tratarse de adultos jóvenes, estaban supeditados a variadas condicionantes estructurales que se relacionan con problemas de salud.

Alrededor de la mitad (51.0%) de los migrantes adultos (18-64 años) indocumentados no contaban con seguro médico en 2009, y aquellos indocumentados que sí lo tenían no estaban asegurados «por algún programa de salud provisto por un organismo para el mantenimiento de la salud» (SEGOB y CONAPO, 2013, p. 70), posiblemente porque tenían servicios médicos temporales. Es importante señalar que los migrantes indocumentados eran

los que en menor medida acudían al médico, lo que pudo ser por su estatus indocumentado y porque no tenían seguro, lo que complejiza los procesos de atención en caso de enfermedad ante la dificultad para costear los servicios, especialmente del sector privado.

Así ocurrió con Erasto, quien siempre se quejó de los altos costos de los servicios de salud en Estados Unidos, así como de los costos odontológicos, a los que incluso nunca acudió durante su permanencia en dicho país. Según esta misma fuente, los migrantes mexicanos indocumentados reportaron consumir menos alcohol y tabaco en comparación con otros grupos, sin embargo, registraron peores hábitos alimenticios, al comer pocas frutas y verduras, y consumir mayormente comidas rápidas, frituras, pasteles y refrescos (SEGOB y CONAPO, 2013).

Es importante mencionar que California como estado receptor de migrantes se ha posicionado entre los más hospitalarios de Estados Unidos, permitiendo, por ejemplo, que los indocumentados puedan tramitar licencias de conducir, matrícula estatal y contar con algunos servicios de atención médica subsidiada por el gobierno. No obstante, se empiezan a advertir cambios demográficos que pueden afectar el dinamismo que traen los migrantes al estado. Y es que, en 1990, California tenía una tercera parte de los migrantes de Estados Unidos, proporción que en 2019 se redujo a 23.6%. En otras palabras, California tiene el mayor número de migrantes establecidos desde hace mucho tiempo en el país, cerca del 82.0% ha estado por una década o más, lo que ha favorecido económicamente a los migrantes a lo largo del tiempo, pero también ha suscitado retos como el cuidado de los migrantes de edad avanzada que han presentado problemas económicos (California 100, 2023).

Migración Mexicana en Florida. Aún es poca la literatura escrita sobre la migración de mexicanos hacia el estado de la Florida. Se estima que en 2022 había en la Florida 4,817,273 migrantes (2,146,445 más que los registrados en 2000), de los que 250,385 eran mexicanos, equivalente al 5.2% (Migration Policy Institute, 2023). Soberano Serrano y Reyes-Foster (2019) en su estudio diagnóstico de capital social de los migrantes mexicanos en el Consulado de Orlando, recuperan algunas características de esta población que se encuentran en Florida. De acuerdo con la Oficina del Censo de Estados Unidos, en 2010 se registró un crecimiento de 43.0% de la población hispana en comparación con el 2000, de los cuales el 63.0% corresponde a mexicanos (Soberano Serrano y Reyes-Foster, 2019), lo

que muestra un importante aumento de la migración mexicana en ese estado, acorde a lo que refieren Durand y Massey (2003, como se citó en CONAPO, 2012).

Por medio de una encuesta aplicada a 515 mexicanos usuarios de los servicios otorgados por el Consulado de Orlando¹⁵ en 2017 se estima que 54.0% eran hombres y 36.0% mujeres. Alrededor de 68.5% de los migrantes mexicanos llegaron directamente al estado de la Florida, en tanto que los demás lo hicieron a otros estados. La mayor proporción de migrantes tenía entre 31 y 35 años. Alrededor de 2 terceras partes no poseían documentos, mientras que 20.0% eran residentes, 7.0% tenían visa de trabajo y 5.8% eran ciudadanos. Esta alta proporción de migrantes indocumentados resulta ser una condición de desventaja y se relaciona con un alto grado de vulnerabilidad en cuanto a la procuración de sus derechos civiles y políticos (Soberano Serrano y Reyes-Foster, 2019).

El estudio de Soberano Serrano y Reyes-Foster (2019) pone en evidencia que son los migrantes mexicanos con un mayor nivel de inglés, documentados y con más años de residencia en el estado quienes tienen los mejores salarios, lo que se refleja en su calidad de vida. Por el contrario, los migrantes con menor nivel de inglés e indocumentados, son los que tienen menor calidad de vida, y son precisamente los que en mayor medida acuden a las asociaciones de migrantes mexicanos buscando algunos beneficios relacionados con la educación, salud o esparcimiento.

Si bien la información presentada hasta aquí no es representativa del estado de Florida, en tanto se enfoca en un grupo particular de migrantes que buscan los servicios del Consulado en Orlando, se trata de una aproximación a la problemática de la migración en este estado, en donde predomina la población migrante indocumentada, lo que los hace más vulnerables a presentar determinados problemas de salud/enfermedad ante las circunstancias de rezago que presentan en algunos aspectos de sus modos de vida como pueden ser las condiciones laborales y de vivienda. La experiencia de Mary durante su llegada a Estados Unidos difiere a la de los otros migrantes entrevistados, pues al llegar teniendo 13 años sus padres la ingresaron a la escuela, mientras que Norberto, a sus 17 años, comenzó a trabajar inmediatamente con su cuñado.

¹⁵ Incluye los consulados móviles de Ocala, Tampa, Plan City, Lakeland, Palmetto, Clearwater y Green Cove.

Movimientos Migratorios de Mexicanos Hacia Phoenix, Arizona. A mediados del siglo XX, Phoenix era una región en donde predominaba la agricultura, produciendo principalmente naranjas, alfalfa y algodón. La segunda guerra mundial originó una fase de crecimiento en la región, por lo que la superficie de tierra destinada a la agricultura aumentó en un 16.0%. Posteriormente, el crecimiento económico originó un cambio estructural, el estado dejó de especializarse en la agricultura, minería y ganadería para convertirse en una gran metrópoli industrial y de servicios con empresas de alta tecnología, sobresaliendo la electrónica y los medios de comunicación (Ibarra Escobar y Soto Cortés, 2011). Estos cambios incrementaron la demanda laboral, atrayendo considerablemente población migrante, cuyas «principales actividades estaban ligadas a la industria de la construcción, semiconductores, aeroespacial, equipos electrónicos e industriales, transporte y distribución, servicios de salud, asesoría financiera, legal y administrativa» (Ibarra Escobar y Soto Cortés, 2011, p. 46).

En las últimas décadas, el área metropolitana de Phoenix ha registrado un incremento de migrantes mexicanos. De acuerdo con la *Encuesta a Hogares Mexicanos en Phoenix, Arizona*, aplicada a 547 hogares en 2007, de los migrantes nacidos en México, casi la mitad eran mujeres, con 45.3%, y 10.4% tenía 15 años o menos, por lo que se puede «advertir una migración de carácter familiar». Es decir, no es una migración exclusiva de hombres solos y en edad laboral, lo que sugiere también una participación de mujeres y jóvenes de ambos sexos en edad escolar (Ibarra Escobar y Soto Cortés, 2011, p. 73). Si bien estos autores expresaron que el alto porcentaje de mujeres migrantes de México en Phoenix responde a una migración de carácter familiar, no necesariamente es así, pues hoy en día, las mujeres migran tanto como los hombres, buscando mejoras económicas.

Sobre al estatus migratorio de los migrantes entrevistados al momento en que arribaron a Phoenix, 67.6% expresó hacerlo sin documentos, 22.8% señalaron ser residentes y 9.6% ciudadanos. La migración indocumentada se incrementó con los migrantes que llegaron a partir de la segunda mitad de la década de 1980, dado que era mayor el número de personas que ingresaban sin documentos y menor el número que alcanzaban a regularizar su estatus migratorio. Generalmente los empleos en los que se insertaron los migrantes fueron de bajo perfil, destacando la construcción con 28.5%. Otras ocupaciones fueron la de obrero

industrial, limpieza de inmuebles, empleado comercial, empleado de restaurante, jardinería y viveros (Ibarra Escobar y Soto Cortés, 2011).

Una problemática que presentan los migrantes indocumentados en Arizona es que, frente a su creciente llegada, se han impulsado distintas medidas antimigratorias que afectan sus condiciones de bienestar y los procesos de adaptación en un entorno hostil (Ibarra Escobar y Soto Cortés, 2011). Como ya se mencionó, frente a este clima de persecución y xenofobia, los migrantes pueden presentar problemas de salud emocional ante el temor de ser deportados y el miedo a la separación familiar. Dicha situación corresponde a la experiencia vivida de Adriana, quien, en 2008, en plena crisis económica en Estados Unidos, se percató de los cambios en materia de seguridad y deportación de un mayor número de personas migrantes, generando en ella miedo, presión y estrés de que los capturara la migra.

Por último, vale la pena destacar que, en 2020, el total de población extranjera que residía en Arizona fue de 962,688, de los cuales 502,430 eran mexicanos, equivalente al 52.2% (Migration Policy Institute, 2023).

Alternativas de Atención de la Salud para Migrantes Indocumentados

Como ha sido señalado, el principal problema para que los migrantes mexicanos en Estados Unidos accedan a los servicios de salud es su estatus migratorio indocumentado, por tratarse de una condición que propicia vulnerabilidad social, «determinada por muchos factores como la marginación política y social, y la falta de recursos socioeconómicos y sociales» (CONAPO, 2020, p. 15). Aunado a ello se sitúan otras barreras relacionadas con los altos costos, las necesidades de salud no satisfechas (Vargas Bustamante et al., 2012, como se citó en CONAPO, 2020), el idioma y el aislamiento laboral.

Debido a que los migrantes indocumentados no son elegibles para pertenecer a MEDICAID, CHIP o poder comprar alguna cobertura en los mercados privados de seguros de salud, se ven obligados a buscar otras opciones que sean factibles para ellos. Si bien el gobierno estadounidense publicó en 2014 la ley ACA, buscando modificar la industria de los cuidados de salud, se trata de un sistema que no tiene cobertura de subsidios para los migrantes indocumentados. No obstante, una de las virtudes de esta ley es que incrementa los fondos a los centros de salud comunitarios, lo que en cierta medida estaría beneficiando

a los migrantes, independientemente de su condición migratoria (CONAPO, 2020). En este sentido, se puede decir que ACA ha disminuido, en cierta medida, la brecha en cuanto a la cobertura de salud entre los ciudadanos y los migrantes que no son ciudadanos, además de que ha promovido otras mejoras de acceso y utilización de servicios (Vargas Bustamante et al., 2018). Siendo así, y aunque las leyes estadounidenses no tomen en cuenta, dentro de su sistema de salud, a los migrantes indocumentados, esta reforma es un aliciente para aquellos migrantes que no tienen los recursos necesarios para acudir a los servicios privados, al tratarse de centros de salud comunitarios, donde todos son bienvenidos. No obstante, la disponibilidad de estos servicios es variable de acuerdo con la ubicación (Aborode et al., 2023).

Estos centros de salud comunitarios ofrecen servicios auxiliares a los pacientes en términos médicos, especializados y sociales, como son los de salud mental, tratamiento por uso de sustancias, salud bucal, alimenticios, de vivienda, transporte, comprensión del idioma, empleo y otro tipo de prestaciones. Brindan atención médica a más de 30 millones de personas en más de 14 mil comunidades en Estados Unidos. Atiende a 389 mil veteranos, 1,3 millones de personas sin hogar, 3,3 millones de adultos mayores, 8,6 millones de niños, más de un millón de trabajadores agrícolas (National Association of Community Health Centers, 2023).

Por otro lado, aunque los migrantes indocumentados no son elegibles para calificar a los diferentes seguros médicos en Estados Unidos, existen algunas excepciones. Una de ellas es cuando se trata de una emergencia hospitalaria, pues la ley estipula que cualquier persona, elegible o no, cuando acude al servicio de emergencias «el hospital debe proporcionar un examen de detección médica apropiado [...] para determinar si se trata o no de una afección médica de emergencia», y en el caso de que así sea, el hospital debe de brindar el tratamiento requerido para estabilizar al paciente o remitirlo a otra institución de salud (Ramos, 2021, p. s.n.).

Aunado a lo anterior, señala Ramos (2021) que MEDICAID también suministra servicios de emergencia a migrantes sin documentos para tratar problemas médicos de emergencia, siempre y cuando la persona cumpla con las otras reglas de elegibilidad, de acuerdo con su estado de residencia. Así mismo, en algunos estados los niños y mujeres

embarazadas pueden tener cobertura médica, aunque sean indocumentados. Igualmente estados como California, Nueva York, Texas, entre otros más, retoman recursos de CHIP para brindarles servicios de salud a las mujeres embarazadas indocumentadas, pues si bien la mujer como tal no es elegible, si lo es el feto (Ramos, 2021).

Otro de los servicios que se encuentran a disposición de los migrantes mexicanos son los servicios de salud brindados por el programa VDS, que pertenecen al Gobierno de México por medio de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Relaciones Exteriores, establecidos en los 50 Consulados de México en Estados Unidos, con ayuda de varias agencias y clínicas comunitarias. Aunque resultan ser insuficientes, son importantes, pues estas VDS ofrecen servicios que se dividen en 3 tipos: «1) información y asesoramiento, 2) realización de varias pruebas gratuitas que a menudo detectan enfermedades crónicas como la diabetes y 3) derivación de pacientes a las clínicas comunitarias» (Valle, Gandoy Vázquez y Valenzuela Moreno, 2020, pp. 2-3).

En lo que respecta a los servicios de asesoramiento, se enfocan principalmente en brindar información sobre problemas de salud como: «diabetes, obesidad, hipertensión, nutrición, deportes, salud de la mujer, violencia doméstica, cáncer, salud mental, gripe, higiene dental, medicamentos, enfermedades cardíacas, salud reproductiva, cuidado prenatal, cuidado de los ojos y salud ocupacional» (Valle, Gandoy Vázquez y Valenzuela Moreno, 2020, pp. 2-3).

En lo que concierne a las pruebas realizadas, básicamente son: «la medición de la presión arterial, peso y altura, glucemia, análisis de orina, VIH y otras pruebas de enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, mamografías, vacunas contra la gripe y el herpes zóster, cáncer de piel y odontología» (Valle, Gandoy Vázquez y Valenzuela Moreno, 2020, p. 3). Por otro lado, entre las funciones más importantes de las VDS está crear vínculos con clínicas comunitarias que puedan prestar servicios de salud a bajos costos (IME, 2016, como se citó en Valle, Gandoy Vázquez y Valenzuela Moreno, 2020).

Así mismo, «las salas de emergencia de los hospitales que reciben fondos federales están obligadas por ley a atender a los pacientes que se presenten con síntomas que puedan dañar severamente su salud, pongan en riesgo la vida o mujeres que se encuentren en trabajo de parto» (CONAPO, 2020, p. 14). Dicha atención se les brinda independientemente de su

estatus migratorio o si están asegurados o no. Aproximadamente 7 de cada 10 migrantes indocumentados acuden a estos lugares para solicitar servicios de atención médica (Wallace et al., 2012, como se citó en CONAPO, 2020).

Vale la pena destacar que la incertidumbre que las leyes migratorias y los discursos antiinmigrantes generan en esta población representan una fuente de estrés que afecta a la persona migrante y a sus familias, tanto en Estados Unidos como en México. En este sentido, un notorio padecimiento que ha registrado a partir de las VDS en los consulados son los problemas de salud mental asociados con la presión legal y social (Valle, Gandoy Vázquez y Valenzuela Moreno, 2020).

Santillanes Allande (2017) señala que la red de servicios referidos a la atención de salud mental en Nueva York se da en los niveles privados y públicos. Para la consulta privada, los costos oscilaban entre 100 y 300 dólares, monto complicado de cubrir por los migrantes sin seguro médico. Con respecto al sector público, los hospitales en esta ciudad ofrecían la primera consulta por medio de la sala de emergencia, y si se obtenía un seguro médico, se realizaba un tratamiento que incluía 12 consultas. No obstante, Santillanes Allande muestra que esta opción era muy complicada, aunque se trataba de la alternativa más factible y casi la única posibilidad para la población que no tenía seguro.

De acuerdo con el testimonio de Erasto, quien fue servidor en una parroquia, mencionaba que en el mes de febrero normalmente les hacían un examen gratuito para todos los indocumentados. Éste consistía en una revisión de la vista, la presión arterial, los pulmones, el sistema óseo, entre otras partes del cuerpo. El servicio era brindado por la iglesia y el Club de Leones, con estudiantes de medicina de la Universidad de Los Ángeles. Fue con esos exámenes precisamente que se dio cuenta que tenía la presión arterial por encima de los valores normales, así como altos niveles de colesterol. En este sentido, instituciones como Catholic Charities of Los Angeles¹⁶, Jersey Catholic¹⁷, Catholic Relief Services¹⁸, que pertenecen a la comunidad católica, prestan servicios de ayuda a los migrantes y refugiados, en diversos aspectos, inclusive en lo concerniente a la salud.

¹⁶ <https://catholiccharitiesla.org/spanish/assist-immigrants-and-refugees/>

¹⁷ <https://jerseycatholic.org/la-arquidiocesis-ofrece-invaluables-servicios-de-ayuda-para-los-migrantes>

¹⁸ <https://www.caritas.org/donde-trabajamos/america-del-norte/estados-unidos-crs/?lang=es>

Es importante señalar que, frente a las reducidas alternativas de atención de la salud por parte de los migrantes indocumentados en Estados Unidos, son diversas las prácticas a las que acuden haciendo uso de su agencia humana y tomando en cuenta las características de sus problemas de salud. Santillanes Allande (2017, p. 209) menciona que algunas de las mujeres que entrevistó referían problemas de salud mental y acudían a grupos de autoayuda como Neuróticos Anónimos, otras han «incorporado estrategias de tipo “*new age*” como la meditación, yoga e interiorización de ciertas frases de autoayuda que se promueven bajo la filosofía budista o azteca».

En este sentido, son diversas las formas de atención o de autocuidado de los problemas de salud en Estados Unidos, su uso en mucho depende del contexto de la población migrante, de su capacidad económica, del manejo del idioma inglés, y de las tradiciones y costumbres en los lugares de origen.

Para finalizar, los contextos de recepción en Estados Unidos fueron diversos, porque cada una de las regiones a las que se dirigieron tienen sus particularidades, desde ser lugares santuarios, en la que los migrantes son poco perseguidos, a lugares en donde los migrantes permanentemente sienten la presión y tensión de que los van a deportar. Las experiencias vividas por el conjunto de personas entrevistadas no se limitaron exclusivamente a lo que les sucedió a ellos, sino a su grupo familiar, pues muchas de las mujeres se regresaron por situaciones que les acontecieron a sus parejas, y no únicamente a lo sucedido a ellas.

El estatus migratorio debe de ser una categoría por integrar al estudio de la salud y migración de retorno desde la mirada interseccional, dado que la mayoría de la población mexicana que reside en Estados Unidos es indocumentada. Está claro que en el contexto estadounidense es una variable de división y desigualdad social que repercute de manera considerable en los problemas de salud/enfermedad de los migrantes, pues los restringe en primera instancia a tener acceso a los servicios de salud por parte de Estados Unidos, a pesar de que es un derecho humano y que pagan impuestos. Pero sin lugar a duda es preocupante como ese carácter de indocumentado está generando problemas de salud mental en los migrantes, por el temor a ser deportados, por esa marginación política y social en la cual esta involucrados, generándoles problemas de estrés y emocionales. El estatus migratorio y las disparidades estructurales de los sistemas de salud tanto de México como de Estados Unidos

afectan la salud, el trabajo y la vida de las personas migrantes, principalmente indocumentadas.

Consideraciones Finales

Este capítulo muestra las condicionantes estructurales relacionadas con los modos de vida y salud de las personas migrantes tanto en las localidades de origen como en los sitios de recepción. Se ha descrito la diversidad de lugares de procedencia de las personas migrantes retornadas entrevistadas. Algunos muy cercanos a la cabecera municipal de Tenancingo, y otros no tanto como es el caso de San Antonio Agua Bendita. Ante esta diversidad de contextos rurales y urbanos, y en varios casos ante la ausencia de un centro de salud o de personal médico y de otras alternativas de atención, es necesario que las personas migrantes y no migrantes se trasladen a la cabecera municipal para resolver algún problema de salud, lo que implica un mayor costo en cuanto al transporte, aunado al costo del servicio de salud. De igual manera, se observan diferencias en cuanto a la infraestructura institucional de salud de cada una de las localidades de origen; algunas como San Nicolás y San Antonio Agua Bendita claramente se observa un rezago en obras sociales que ayuden a que las personas tengan una mayor calidad de vida.

A lo largo del capítulo se puso en evidencia ciertas condiciones precarias relacionadas con el empleo, la pobreza rural y la migración en algunas localidades rurales y urbanas estudiadas de Tenancingo. De igual forma, de acuerdo con la medición de ciertos indicadores, se ha observado una mejora en aspectos escolares, de vivienda y alimentación, aunque existe un aspecto que no va a la par con estos avances y que tiene que ver con el acceso a los servicios médicos y derechohabencia. Aunque es un derecho fundamental de las personas, es una situación en la que aún falta mucho trabajo por realizar, y que, por el contrario, en la actualidad no se tiene claro en qué camino va al no existir verdaderamente un sistema de salud incluyente, así como una infraestructura que pueda soportar la demanda de los servicios de salud requeridos por la población, lo que va en detrimento de las personas al no tener muchas veces los medios y la capacidad para tratarse sus problemas de salud en otras instancias.

Si bien existen centros de salud que en algún momento tuvieron personal médico, se constató su ausencia durante el trabajo de campo realizado entre 2021 y 2022. El Centro de

Salud de Tenancingo y el Hospital General de Tenancingo son las principales alternativas de salud en el municipio. Está clara la situación de abandono y ausencia de responsabilidad por parte las instituciones de salud a nivel municipal, además del Estado mexicano para preservar la salud en estas pequeñas comunidades rurales y urbanas. De acuerdo con lo manifestado por el conjunto de 8 personas entrevistadas, desde tiempo atrás sus comunidades han carecido de personal de salud, lo cual en cierta medida les afecta para atender sus problemas, por lo cual en muchos casos recurren a la propia autoatención y automedicación para resolver sus padecimientos, así como a la medicina tradicional, la prevención y el autocuidado.

Es importante señalar que en la cabecera municipal existe un número considerable de establecimientos de salud tanto a nivel público como a nivel privado, además de personas que se dedican a la medicina tradicional, medicina naturista, homeópatas y otra serie de comercios esotéricos a donde las personas pueden acudir frente a cualquier tipo de padecimiento o enfermedad.

En lo que respecta a las localidades de recepción en Estados Unidos de las personas entrevistadas, el estatus migratorio es el primer inconveniente para acceder a los servicios de salud, porque las políticas públicas de salud en aquel país no consideran a los migrantes indocumentados. No obstante, existen algunas opciones como los centros de salud comunitarios y hospitales en el área de emergencias donde son atendidos los migrantes indocumentados. De igual forma, por medio de las VDS gestionados por los consulados mexicanos que se encuentran en gran parte de los estados de la unión americana, es posible acceder a servicios preventivos de salud gratuitos, en español y sin importar el estatus migratorio. En este sentido, existen algunas opciones de atención para que los trabajadores migrantes puedan cuidar su salud.

Hasta aquí se ha destacado, la importancia de analizar tanto las condicionantes estructurales de salud como las experiencias vividas por las personas migrantes al retorno a sus sitios de origen, así como en el lugar de recepción en Estados Unidos desde una perspectiva interseccional, incluido el enfoque relacional que contempla la antropología médica. En la perspectiva interseccional se ha enfatizado el análisis de variables de división estructural como el género, la generación y la clase social, aquí se propone incorporar el contexto migratorio para el análisis de los modos de vida en lugares de origen y sitios de

recepción como campos de tensión que pueden influir en mayor o menor medida en situaciones de riesgo y que pueden generar vulnerabilidad frente a los problemas de salud/enfermedad de la población migrante. En el siguiente capítulo se verá cómo los modos de vida han influido en los PSEAP de la población migrante de retorno de Tenancingo.

Capítulo III

Modos de Vida, Trabajo y PSEAP de Tenancinguenses: «El Estilo de Vida que Llevas Allá»

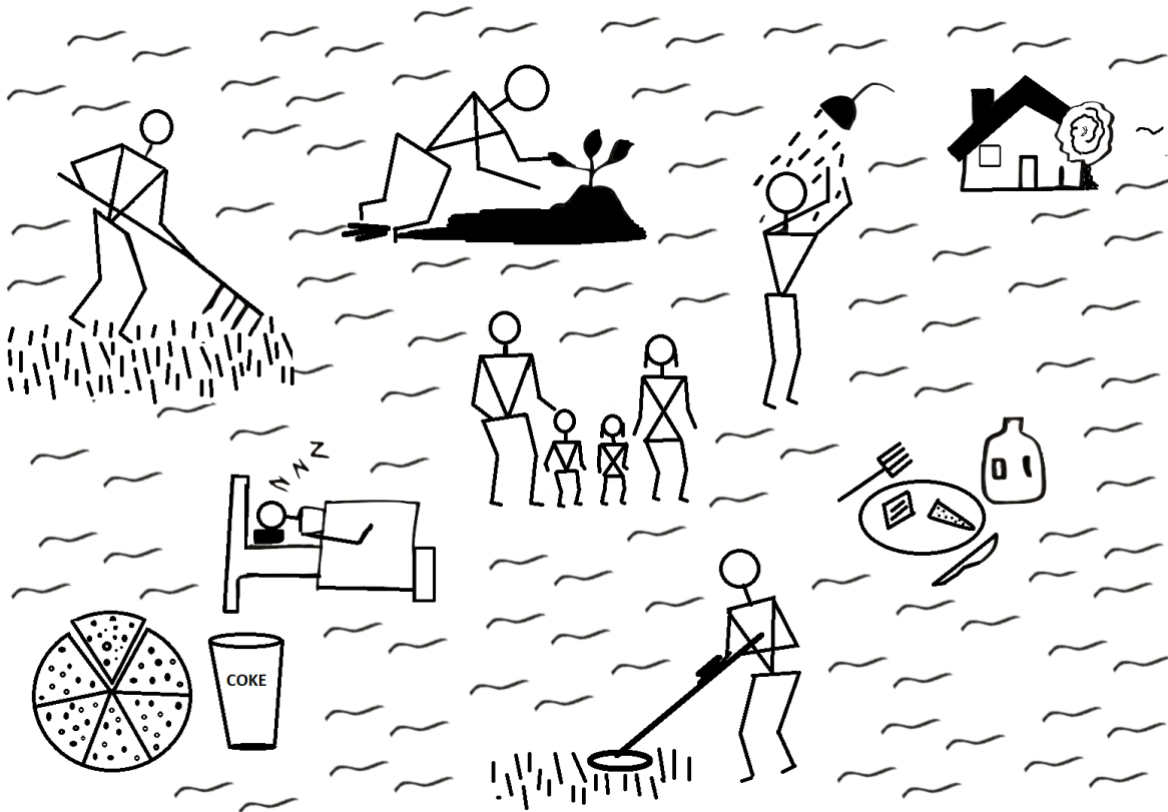


Figura 3

Viviendo los modos de vida

Elaborado por Macías Suárez Giovanni, 2023

Introducción

Pues en parte fue el colesterol y la alta presión, pero sobre todo fue el estrés, la tensión psicológica de tener que mandar para la familia [...] de trabajar 31 días seguidos, 15 horas diarias, y que el dinero no te alcanza. Descansar un día porque el cuerpo te exige descansar, y tienes que seguir trabajando. Eso también enferma. Un trabajo donde el dinero no te rinda, aun estando allá, porque los gastos son fuertísimos, y que la familia no sepa administrar, pues [...] a mí me afectó mucho eso. (Erasto, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

Dije, nunca es tarde para reflexionar [sobre la violencia doméstica que vivía]. Me llené de hijos, pero ahí los saqué, como pude, adelante. Ya no lo aguanto más [a su esposo] y luego en la decisión [de separarse] también ayudó que se tiró mucho al vicio, tomaba mucho alcohol. (Micaela, comunicación personal, 4 de mayo de 2022)

La frase «el estilo de vida que llevas allá» expresada por Norberto permite entender que las vivencias que eligen las personas migrantes pueden afectar su salud, como, por ejemplo, unos hábitos alimenticios poco nutritivos que posteriormente afectaron su salud. Por su parte, el fragmento narrativo de Erasto se puede sintetizar en que sus problemas de salud se relacionaban con el trabajo, la familia y su cuerpo, un estrés y una tensión psicológica que fue construyendo por la necesidad y obligación que sentía al tener que trabajar prácticamente sin descansar para poder enviar el dinero necesario a su hogar en México y para que sus hijos pudiesen alimentarse y estudiar una carrera universitaria. Por otra parte, el relato de vida de Micaela se centra en su experiencia de violencia doméstica y económica y la separación conyugal como motivos para migrar a Estados Unidos, evidenciándose la violencia de género que afectó sus PSEAP.

Para analizar las diferentes experiencias de migración y de salud que compartieron Norberto, Erasto y Micaela y las repercusiones que han tenido en sus problemas de salud/enfermedad, se explorará el concepto de modos de vida. Por lo cual la pregunta principal de este capítulo es ¿cuáles son los modos de vida y hasta qué punto permiten explicar los diferentes PSEAP de las personas migrantes de retorno? Si bien, para Erasto, el trabajo, la familia y la salud son parte de sus modos de vida, para Norberto sus problemas de salud los relaciona con el estilo de vida, en especial con la alimentación, y para Micaela fueron la violencia doméstica, económica y la separación conyugal los que desgastaron aceleradamente su matrimonio y su salud. Es decir, desde la propia interpretación de la

persona migrante, como sujeto activo y pensante, complementaria a la explicación de los estudios sobre los sistemas, estructuras e instituciones de salud.

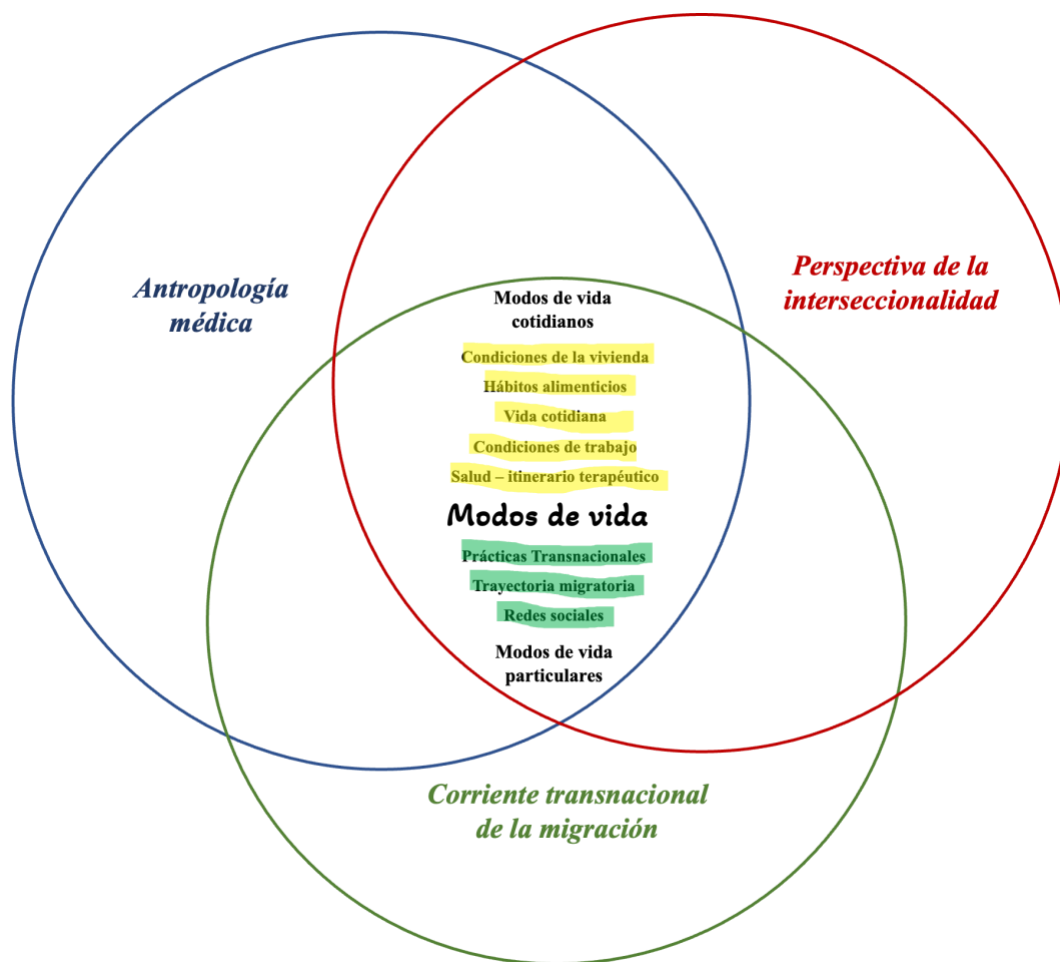
El objetivo de este capítulo es identificar desde el punto de vista de las personas migrantes, algunos modos de vida que han influido en los PSEAP de un conjunto de tenancinguenses retornados cuyos relatos de vida compartieron. Para lo cual, como ya se mencionó en el primer capítulo, se retoma el concepto de modos de vida propuesto por Lindón Villoria (1999) por su multidimensionalidad al tomar en cuenta dimensiones globales como el trabajo, la vida familiar y el consumo, que podrían afectar los PSEAP de las personas migrantes en las diferentes fases de su trayectoria migratoria y su trayectoria de salud/enfermedad.

Se busca argumentar que los modos de vida contruidos y vividos por la población migrante entrevistada afectan directamente sus PSEAP, que ellos mismos han creado y recreado a nivel individual y social. Se trata de dimensiones de la vida cotidiana y de estructuras laborales que ocurren en todas las fases migratorias y que pueden generar ciertas situaciones de riesgo y de vulnerabilidad que hacen que estén más expuestos a diferentes padecimientos, molestias, dificultades, aflicciones, desequilibrios y enfermedades, mismos que se pueden dar a corto, mediano o largo plazo.

Como se expresó en el primer capítulo, el concepto de modos de vida puede entenderse como estructuración social, como procesos de formación social, como normas y restricciones, pero también como respuestas de las personas a dichas normas y restricciones. Es amplio y abarca los distintos niveles del entorno de las personas. En este capítulo se organiza el análisis de los modos de vida y su relación con la salud/enfermedad en 2 partes. La primera es un acercamiento a los modos de vida cotidianos en la vida de las personas migrantes, como son las condiciones de trabajo, vivienda, tipo de alimentación, actividades de tiempo libre, recreación y ocio, y vida cotidiana en Estados Unidos. En una segunda parte se exponen los modos de vida particulares, entendiendo por éstos los relacionados con la trayectoria migratoria, vida y prácticas transnacionales y redes sociales de los migrantes (Diagrama 9). En ambos tipos se establece su relación con los itinerarios terapéuticos – analizados con mayor profundidad en el capítulo IV–, durante las diferentes fases de la trayectoria migratoria.

Diagrama 9

Modos de vida y antropología médica, interseccionalidad y transnacionalismo



Fuente. Elaboración propia.

Modos de Vida Cotidianos e Impactos en la Salud/Enfermedad

Es conveniente iniciar con los modos de vida relacionados con las condiciones de trabajo, considerando que el argumento inicial de esta tesis establecía que eran éstos los que podrían afectar en mayor medida los PSEAP de la población migrante.

Condiciones de Trabajo: «Bienvenido a América pues Desde que se Llega es a Trabajar»

La expresión con la que se inicia este apartado hace parte de las memorias de Esteban, quien recuerda a partir de su experiencia vivida que, sin importar la ocupación, el propósito es trabajar cuando se pisa suelo estadounidense. De este modo, se plantea la importancia que el

trabajo, como modo de vida, tiene para el desarrollo personal y familiar, particularmente por la interrelación e impacto que tiene en otras dimensiones, que pueden verse comprometidas o afectadas, cuando, por ejemplo, las condiciones de trabajo no son adecuadas. De ahí que, la exposición de los modos de vida, parte de este componente, pues en mucho trasciende en los PSEAP de esta población migrante.

Pluriactividad¹⁹ y Condiciones Laborales en Localidades de Origen. Muchos de los migrantes entrevistados iniciaron a trabajar desde los ciclos de vida de la infancia y la adolescencia, algunos ayudando a sus padres: los hijos en las labores del campo y las hijas en los quehaceres del hogar. Aunque también algunas mujeres entrevistadas comenzaron a realizar actividades específicas, como se señala en los siguientes apartados.

Trabajo Doméstico Femenino, Tejido de Rebozos y Suéteres. A los 8 años Micaela aprendió de su madre a empuntar el rebozo y a tejer sillas, por lo que empezó a participar de esta actividad para agilizar la entrega de pedidos realizados a su mamá. Además, ayudaba en las labores domésticas lavando trastes y acarreando agua de las calles próximas a su casa en las que hubiera toma de agua. Cuando tenía 20 años en su ciclo de vida matrimonial y en plena expansión de la familia continuó empuntando el rebozo por necesidad y para sostener a sus hijos. Esta actividad la realizó alrededor de 6 años, recibiendo en promedio 5 pesos a la semana. Cuando no tenía que empuntar, tejía sillas: «y ahí me veía con la media docena de sillas cargando y las palmas. Me acuerdo de que hasta mi niño chiquito me ayudaba».

En su plática, Micaela contaba que: «cuando estaban más grandecitos mis hijos, me iba a lavarle a mis cuñadas y a planchar, me iba mejor, me pagaban por docena». Ahí comenzó alrededor de los 26 años, y casi hasta que emigró a Estados Unidos. Mencionaba Micaela que cuando lavaba le pagaban 10 pesos la docena y 15 pesos por planchar, con un promedio diario de 2 docenas de lavada y una de planchado recibía 35 pesos, aproximadamente 80 pesos a la semana. También trabajó «en el suéter, hilvanando las telas y le enseñaron a planchar la tela, y luego fue puro planchar». Este trabajo lo inició cuando tenía 40 años. Estas últimas actividades fueron paralelas con el lavado y planchado de ropa, por un transcurso de 6 meses. De ahí en adelante solo se dedicó a los suéteres hasta que se

¹⁹ De acuerdo con Arias (2009, p. 174), la pluriactividad «es la combinación de quehaceres e ingresos, convirtiéndose en una de las principales características de la economía de las familias rurales en México».

fue para Estados Unidos, cuando tenía 47 años, en 1993. En los suéteres percibía cerca 150 pesos a la semana.

Trabajo de Empuntar el Rebozo en la Infancia. La historia laboral de Azucena empezó también a los 8 años empuntando el rebozo, como una estrategia familiar para la generación de ingresos y que al mismo tiempo representaba una actividad significativa en su vida.

Mi mamá antes me compraba zapatos de plástico, y no me gustaban porque me quemaban el pie, y más cuando tenía que caminar 2 horas para ir y regresar de la escuela. Por esta necesidad fue que comencé a trabajar el rebozo e iba ahorrando para comprarme unos mejores zapatos. (Azucena, comunicación personal, 16 de noviembre de 2021)

En ese tiempo le pagaban entre 4 y 10 pesos, «era muy variado». Ya cuando tenía 17 años comenzó a trabajar en una cocina económica, en la que permaneció cerca de 5 años: «comencé haciendo salsas, el agua, limpiando mesas, limpiando el local, lavar trastes. Al principio hacía mandados que me enviaba la señora [...] Con el tiempo fui aprendiendo a cocinar, ya me ponían a guisar, sopa o algo así». Se ganaba entre 250 y 300 pesos a la semana.

Trabajadora Doméstica y Obrera de la Agroindustria de Flor. Cuando Mary era niña, comenta que, por la tarde, después de comer se iba a trabajar al campo con su papá, quien era floricultor en ese tiempo. Después de sus labores en el cultivo de la flor, llegaba, se bañaba, realizaba sus tareas y ayudaba con la limpieza de la casa. No había diferencias por género en las actividades que realizaba, pues al tiempo que apoyaba en el hogar, lo hacía también en el campo. Lo que prevalecía como estrategia familiar era colaborar en cualquier actividad en la que se requiriera.

Trabajo de Cuidado, Trabajo Doméstico y Empleo Agrícola. Adriana, desde los 5 años, comenzó a ayudar en su casa y a cuidar a sus hermanos. Con el paso del tiempo, aun siendo una niña, aprendió a realizar tortillas y a preparar comida. Trabajó en 2 empresas de flor de Tenancingo. En la primera comenzó a los 15 años, en 2001.

Ahí aprendí todas las variedades de flores y categorías. Empecé midiendo los tamaños de las flores para dárselas a las señoras, solo repartía [...] A los 3 o 4 meses ya aprendí a empacar, a hacer paquetes cuadrados. En este trabajo estuve de los 15 a los 16 años, casi 2 años exactos. (Adriana, comunicación personal, 7 de septiembre de 2021)

El lugar de trabajo se encontraba en Los Morales, en la comunidad Francisco Zarco. Comenzó ganando 100 pesos como repartidora y luego como empacadora percibía 1.50 pesos por paquete. Al día realizaba alrededor de 200 paquetes, equivalente a 300 pesos. El segundo trabajo, también como empacadora, fue en una empresa llamada Visaflor. Ganaba más porque hacían bouquets²⁰. Acá permaneció hasta que cumplió 20 años, que fue cuando emigró para Estados Unidos. En este último trabajo ganaba de 3 mil a 4 mil pesos quincenales, siendo lo mínimo 2,500 pesos.

De las mujeres entrevistadas, Adriana fue quien presentó mayores afectaciones de salud mental desde niña, en tanto se descargó en ella una responsabilidad que no le correspondía: el cuidado de sus hermanos menores y preparar alimentos. Comentaba que le generaba estrés, y por ello siente resentimiento hacia su madre, también porque cuando estuvo trabajando en las empacadoras de flor tenía que entregar todo el dinero que recibía a ésta.

Trabajo Infantil e Infancia de Algunos Hombres Migrantes. Erasto empezó a trabajar desde los 7 años con su papá en un negocio de sillas rústicas. A él le correspondía llevar las sillas para que las tejieran y posteriormente transportarlas al punto de venta. No recibía pago, aunque los domingos le daban 10 pesos. Entre los 16 y 19 años cambió el tipo de trabajo, además de que su papá comenzó a pagarle como un trabajador, con el fin también de que pudiera solventar sus gastos escolares: «por la necesidad de pagar una carrera corta que hice de computación en Toluca [los sábados por 2 años] y tenía que pagar colegiatura cada 8 días [...] me pagaba de 200 a 300 pesos a la semana». A los 19 años se independizó y trabajó en Tenancingo, en una empresa de productos químicos, como obrero, haciendo productos de medicina veterinaria. Ganaba entre 2 mil y 3 mil pesos a la semana, y contaba con las prestaciones de ley, incluyendo el seguro médico.

La trayectoria laboral de Erasto se distinguió por registrar traslados constantes entre lugares donde buscaba mejorar su capacidad económica. Fue así como entre 1987-1988 se fue a trabajar a la Ciudad de México, en la construcción como albañil, ganando de 3,000 a 3,500 pesos a la semana; ahí vivió con una hermana por 8 meses. Posteriormente, de 1988 a 1993, trabajó en la Hacienda Santa Ana, en Tenancingo, como obrero encargado de la

²⁰ Manojos de flores que se venden en el extranjero.

limpieza y mantenimiento. De 1993 a 1998 estuvo trabajando en el campo, como chofer, en Villa Guerrero, en una empresa de flores (Florimar). De 1998 a 2004 trabajó en el mismo lugar, pero con otro empleador. Si bien no recuerda cuanto ganaba en estos últimos trabajos, sí mencionó que su percepción económica fue mayor, y que tenía las prestaciones de ley. Fue el único de los migrantes entrevistados que logró tener prestaciones sociales de ley y seguro médico. En este trabajo permaneció hasta que emigró a Estados Unidos.

La experiencia adquirida por Erasto durante los años que trabajó en la construcción antes de emigrar fue fundamental para la labor que realizó posteriormente en Estados Unidos, y que fue a la que prácticamente se dedicó durante el tiempo que permaneció allá.

Trabajo en la Floricultura y Pluriactividad en el Campo. Por su parte Norberto, entre los 7 y 11 años, trabajaba ayudándole a su papá los sábados y durante las vacaciones en la flor: «en este trabajo me tocaba acarrear la flor en manojos, donde ya en la sombra había mujeres que la amarraban y la componían bien para que se vieran bonitas. En este trabajo estuve como 4 años». Su papá le pagaba con una moneda de 5 pesos, entraba a trabajar a las 8:00 de la mañana y salía las 5:00 de la tarde. Desde los 11 hasta los 14 años estuvo como ayudante de albañil, pero solamente los fines de semana o en vacaciones, cuando no estaba estudiando, permaneciendo ahí hasta que se fue para Estados Unidos, en 1992. Al igual que con Erasto, los aprendizajes adquiridos en las actividades que realizó en su localidad de origen fueron importantes en el trabajo al que se dedicó posteriormente en Estados Unidos, sobre todo lo relacionado al campo, que fue la actividad que realizó en mayor medida.

Del Trabajo Agrícola a la Salida de su Casa en la Infancia. Alberto desde los 6 años comenzó ayudando a su padre a juntar pastura para los animales y a ordeñar. A los 10 años decidió salirse de su casa, según lo expresa «por no sentirme querido». Por lo que, para generar ingresos se dedicó a acarrear mercancía de los comerciantes que llegaban a la terminal de autobuses, ayudándose de un diablito²¹ que consiguió para llevar los bultos de éstos al mercado. Fue en ese trabajo que en un puesto de ropa conoció a su amigo [José Luis], con quien posteriormente se fue a vivir. En este trabajo permaneció alrededor de 3 meses. Le pagaban un peso, equivalente según Alberto a 100 pesos en 2023. Posteriormente se dedicó

²¹ Carretilla de carga.

a lavar carros cerca de un año, así como a vender zapatos en el mercado, le ayudaba a su amigo en todo lo que necesitaba. Cuando dejó de trabajar con su amigo dice que comenzó a «acarrear verduras a otros locatarios» y también estuvo cuidando chivas. En todos estos otros trabajos se ganaba 5 pesos al día, aunque le regalaban zapatos, ropa y alimentos.

La decisión de Alberto de salir su casa y buscar diversos mecanismos para sobrevivir se articula con su capacidad de agencia, al mismo tiempo que se vislumbran situaciones que a su corta edad pudieron impactar en su integridad física, así como en su salud.

El Cuidado de Ganado y la Albañilería. Esteban, recuerda que desde los 6 hasta los 15 años lo mandaban a cuidar animales después de llegar de la escuela, entre las 2:00 y 6:00 de la tarde, así como a ordeñar y organizar el lugar en donde se encontraban éstos, acabando su jornada alrededor de las 7:30 de la noche. Mencionaba también que desde los 6 a los 10 años trabajó con unos vecinos en una panadería, más o menos desde las 12:00 o 1:00 hasta las 6:00 de la mañana. En este trabajo le daban dinero para el recreo por un aproximado de 5 horas diarias, con descanso entre sábado y domingo. Después de los 15 años, cuando terminó la secundaria estuvo trabajando con los maestros albañiles por aproximadamente un año antes de irse para Estados Unidos en 2008. En este trabajo percibía 720 pesos a la semana. Alternando con la construcción estuvo trabajando también como hojalatero, especialmente cuando no tenía trabajo en la construcción, con un horario de 8:00 de la mañana hasta las 10:00 de la noche.

Condiciones de Trabajo Durante el Trayecto Hacia el Norte. En este punto cabe señalar que de todos los migrantes entrevistados, solo Alberto trabajó durante el tiempo que estuvo intentando cruzar hacia Estados Unidos. Esto ocurrió la primera vez que emigró y que iba a cruzar por Tijuana. Después de varios intentos sin poder pasar y ante la falta de dinero se dedicó a trabajar por un periodo de 3 meses. Alberto contaba que:

Comencé lavando carros por 8 días. Luego conocí a un señor en una tienda y me dio trabajo en la construcción como chalán. Lavando carros me pagaban con una moneda grande de 50 pesos por día, y en la construcción me pagaban 10 dólares al día [...] estuve ahí casi 3 meses hasta que por fin pudimos pasar. (Alberto, comunicación personal, 22 de abril de 2022)

Durante los 3 meses no es que hayan dejado de intentar cruzar hacia Estados Unidos, sino que esperaban varios días hasta que se dieran las condiciones para poder hacerlo. Sin

embargo, en todos los intentos por cruzar fueron detenidos por la patrulla fronteriza, optando entonces por dirigirse a otro lugar para cruzar la frontera y llegar a Estados Unidos.

Pluriactividad y Condiciones Laborales en los Empleos Estadounidenses. Fueron diversos los empleos desempeñados por la población entrevistada durante su permanencia en el vecino país del Norte, aunque se distinguen coincidencias relacionadas con el tipo de empleos que desempeñaron en el lugar de origen.

El Trabajo Doméstico Pagado de las Mujeres Migrantes y los Efectos en su Salud.

En lo que corresponde a las mujeres migrantes, Micaela, quien estuvo en New Castle, Delaware, inició su actividad laboral trabajando medio tiempo en la limpieza de oficinas. Al respecto señalaba: «no sabía ni agarrar la aspiradora, pero con las ganas de trabajar y con tal que me dijeran una sola vez como manejarla, aprendí fácil». En este empleo laboró un año (1995), con un sueldo de 200 dólares cada 15 días. Más adelante consiguió otro trabajo de 8 horas, en una lavandería, en la que lavaban toallas, sábanas de hospital, manteles, servilletas. De acuerdo con su narrativa este trabajo lo alternaba con el cuidado de sus nietos, lo que en términos de su salud le implicaban un amplio desgaste físico: «mi trabajo era doblar y empaquetar las toallas [...] Trabajaba en la noche y en el día llevaba y recogía a mis nietos en el autobús, hacía quehaceres, comida, casi no dormía». En este trabajo permaneció alrededor de 3 años, recibiendo entre 250 y 300 dólares a la semana.

Como Micaela trabajaba en la tarde, fue a través de una llamada que le comunicaron que no asistiera a trabajar, dado que «llegaron autoridades migratorias en horas de la mañana y se llevaron a las personas que estaban ahí, que en su mayoría eran mexicanos indocumentados». A partir de ahí el empleador le dijo que no le daría trabajo si no contaba con un seguro social válido. Después de 3 meses consiguió otro trabajo en un hotel, donde permaneció aproximadamente 16 años, desde 1998 hasta 2015. En ese periodo de tiempo no laboró alrededor de 10 meses, que fue cuando regresó a México por uno de sus hijos. Durante los 3 primeros meses comentaba que su trabajo «era ayudar a acomodar objetos, tender camas, limpiar muebles». Posteriormente laboró permanentemente en la lavandería del hotel, en la que lavaban manteles, sábanas, toallas y otro tipo de blancos. En este trabajo le pagaban cada 15 días. Comenzó recibiendo 6.25 dólares la hora y terminó con 10 dólares. Micaela relataba que como ya ganaba más, fue que comenzó a enviar dinero a México para construir

su casa. Ya después de 2015 no pudo seguir trabajando por cuestiones de salud, pues como se leerá más adelante, la operaron de un tumor cancerígeno que la debilitó significativamente.

Del Trabajo de Cuidados en la Niñez a la Pluriactividad Femenina. En Chicago, Illinois, Azucena inició su trabajo cuidando niños en su casa.

Por ejemplo, si el niño de 8 años había que llevarlo a la escuela, me tocaba salir y llevarlo. Me tocaba llevarme a todos los niños porque no podía dejarlos solos. Si los niños estaban durmiendo, me tocaba ir muy rápido a llevar al niño a la escuela e inmediatamente regresar a casa. A otros niños era sacarlos para que los recogiera el autobús. (Azucena, comunicación personal, 14 de diciembre de 2021)

En 2004 inició con esta actividad y la realizó por alrededor de 7 años. En este trabajo ganaba cerca de 650 dólares a la semana, unos 2,600 dólares al mes. Paralelamente, dice:

Participé en talleres y capacitaciones en donde aprendí a coser, repostería, clases de inglés y manualidades. Me llevaba los niños en carritos o carriolas, me registraba yo y registraba a los niños y entraban a los diferentes salones. Los niños se quedaban en un lado y las mamás en otro. Este aprendizaje me sirvió para realizar pasteles cuando me los encargaban, o trabajar en la costura. (Azucena, comunicación personal, 14 de diciembre de 2021)

Una actividad que nunca dejó de realizar mientras estuvo en Estados Unidos fue la de empuntar el rebozo: «me los mandaban, los trabajaba y luego los regresaba». Cuando sus hijos estaban más grandes, dejó de cuidar niños y empezó a limpiar casas y departamentos, labor que hizo por 3 años hasta que se regresó a México. Se ganaba en esta actividad alrededor de 350 dólares a la semana, 1,400 dólares al mes, aunque había ocasiones en que recibía hasta 500 dólares en la semana, dependiendo de las horas de trabajo.

Trayectoria Agrícola en el Lugar de Origen Capitalizado en el Sitio de Recepción.

La experiencia laboral de Mary inició en un invernadero de flores y plantas tropicales en Homestead, Florida. Su habilidad para hablar inglés le permitió trabajar de planta, como encargada de producción, por un tiempo de 4 años: desde 1997 hasta finales de 2001. Comenzó percibiendo 4.75 dólares la hora y terminó con casi 6 dólares. De 2001 a 2002 trabajó en una gasolinera, ganando entre 6 y 7 dólares la hora. A principios de 2003 se fue junto con su esposo e hijos para Clinton, Carolina del Norte, en donde trabajó la mayor parte del tiempo en el campo y hasta que regresó a México.

Al comienzo, mi esposo trabajaba en una granja, lavando el lugar donde estaban los cerdos y cuando yo podía [...] me iba a ayudarlo, nos íbamos juntos [...] Un día cualquiera que salimos a conocer la ciudad fuimos a comprar un carro, y la esposa del señor que nos vendió el carro me ofreció trabajo, y de inmediato acepté. Trabajé ahí como 4 meses [negocio de venta de carros usados]. (Mary, comunicación personal, 2 de abril de 2022)

Más adelante Mary se fue a trabajar en una tienda de autopartes. Sin embargo, mencionaba que su esposo no le apoyaba con el cuidado de sus hijos, aun cuando no estuviera trabajando. En este trabajo permaneció alrededor de 8 meses y se salió porque el ICE estaba revisando el seguro social de los empleados y Mary no tenía. «Entré ahí porque necesitaban personal bilingüe». Se fue a trabajar al campo, en la temporada de tabaco. Estuvo en varias empresas. Si no era momento de cosecha, para no descansar, le pedían que se encargara de limpiar las casas de los empleadores. Cuando comenzaban las cosechas, Mary contaba que estaba como trabajadora «fija en el campo», muchas veces tenía que trabajar incluso los domingos. En estos últimos trabajos, como no eran muy largas las temporadas, ganaba como mínimo 6 dólares la hora, dependiendo de la temporada y el año. En el último trabajo en el que estuvo, en 2016, el salario mínimo era de 8.25 dólares la hora. De acuerdo con el testimonio de Mary, durante el tiempo que permaneció allá, fueron varios los lugares en los que trabajó, lo que da cuenta de las estrategias laborales a las que acudió para generar ingresos.

Todo dependía de las temporadas de cada uno de los productos. Ya tenía ciertos patrones fijos, pero siempre en temporadas de cosecha. Ya cuando era invierno, me descansaban y tenía que buscar otro tipo de trabajo mientras duraba este periodo. (Mary, comunicación personal, 2 de abril de 2022)

Entre el Trabajo Pagado y la Crianza de Hijos. Adriana estuvo en Phoenix, Arizona, comenzó trabajando en un hotel donde permaneció 3 meses. Ahí le pagaban entre 300 y 400 dólares a la semana. Cuando le iba bien era cuando le daban propina o le dejaban obsequios. El motivo por el que dejó este trabajo fueron las situaciones de abuso laboral, como lo expresa en su narrativa: «fue porque la encargada me ensuciaba las cosas y luego decía que yo no hacía bien el trabajo, o cuando dejaban las propinas, ella era la que pasaba primero y se las llevaba o dejaba lo que quisiera». Posteriormente trabajó cerca de 6 meses en McDonald's, siendo su embarazo el motivo por el que dejó de trabajar un tiempo: «las últimas semanas se volvió peligroso, dado que me tocaba estar cocinando en una plancha las carnes». Después

de que nació su hija, trabajó en un Carl's Jr., donde permaneció alrededor de un año hasta que se regresó a México. En este último trabajo tenía el turno de la noche, como una estrategia familiar para poder cuidar a su bebé. En estos 2 últimos trabajos ganaba 7 dólares la hora. En ambos laboraba 10 horas, más horas extras, sobre todo en Carl's Jr. Fue la única de los migrantes entrevistados que expresó haber firmado contrato en los 3 lugares donde laboró.

En estos 2 últimos trabajos, Adriana tuvo algunos accidentes laborales, específicamente quemaduras con las planchas en las que cocinaban las carnes, incidentes que ella misma se atendió una vez que llegaba a su casa.

Del Campo a la Construcción y el Impacto en la Salud. En cuanto a los hombres migrantes, Erasto, trabajó alrededor de 3 meses en el campo en Stockton, California. A las 4:00 de la mañana se levantaba a desayunar para iniciar su jornada a las 5:00 de la mañana. Comentaba que «dependiendo de la fruta o vegetal que sembraban, a las 11:00 de la mañana te paraban [terminaba la jornada laboral], o si era, por ejemplo, el espárrago, nos seguíamos derecho hasta las 6:00 de la tarde». En este trabajo lo que hacía era cortar frutas y verduras. El segundo trabajo fue en el Valle de San Fernando (Los Ángeles), principalmente en la construcción, pintura y electricidad. Estas últimas actividades fueron las que realizó Erasto hasta que sufrió un derrame cerebral. En este oficio tuvo diferentes empleadores y dependiendo de ellos realizaba también trabajos de jardinería, albercas y pegar piedras y loseta. Sin embargo, tuvo un empleador con el que laboró alrededor de 8 años. Cuando no había trabajo y como ya había comprado su propia herramienta, se iba a realizar otros trabajos con ayuda de los contactos que tenía. Erasto relataba que los ingresos fueron variando desde que llegó y hasta el último día que pudo trabajar. Comenzó ganando 50 dólares por día, luego 80 dólares, más adelante 130 dólares por día.

El Trabajo Agrícola y de Construcción Capitalizado en Florida y Michigan. Por su parte Norberto, trabajó la mayor parte del tiempo en el campo. Comenzó limpiando los escombros de las casas que dejó el huracán Andrew en 1992 en Homestead, Florida. Su cuñado reconstruía casas, pero para hacerlo necesitaba limpiarlas, tirar lo que ya no servía. Este era el trabajo de Norberto, siendo aún menor de edad (17 años). Ganaba alrededor de 1,600 dólares al mes. Acá permaneció cerca de un año. Luego como ya no había mucho

trabajo, su cuñado le consiguió un empleo en el campo, en el que estuvo cortando jitomate, calabaza y pepino, por un mes, ganando alrededor de 240 dólares a la semana.

Luego trabajé con mi cuñado de lleno, en el arreglo de techos, en hacerlos. Lo que hacía específicamente era poner el triplay arriba, luego a veces poner block. Luego aprendí a realizar los techos, entendiendo la forma de hacerlos por medio de los planos [...] Ahí me fue mejor porque ya sabía hacerlos, mi cuñado me compraba herramienta y me pagaba más. (Norberto, comunicación personal, 14 de abril de 2022)

Estando en Florida trabajó desde 1992 hasta 1998. Posteriormente se fue para Michigan y comenzó a trabajar en el campo por el resto del tiempo que estuvo en Estados Unidos. El lugar donde trabajó se llama Hutsonville, que pertenece a la ciudad de Grand Rapids. Cuando llegó allá tenía alrededor de 23 años, permaneciendo ahí hasta 2013, fecha en la que lo deportaron.

Acá trabajé pizcando chícharo, cosechando la cebolla, el rábano, calabaza [pumpkin, la que se usa en Halloween]. Me convertí en la mano derecha del patrón. Manejaba maquinaria, tráiler, tractores. Trabajé también de montacargas, en la parte de mecánica arreglando los tractores y maquinaria [...] Llegué a tener 300 y hasta 500 trabajadores a mi cargo. (Norberto, comunicación personal, 14 de abril de 2022)

También contaba Norberto que a mediados de enero sembraban algunas plantas (en cuartos cerrados en plástico, para que no les afectara la nieve) para luego venderlas en marzo, pues no era tiempo de cosecha y no había dinero para el pago de los trabajadores. Mientras estuvo en Michigan, comenzó ganando 5.25 dólares la hora, y terminó con 18 dólares por hora.

Los Campos de Golf y la Búsqueda de Mayores Ingresos. Alberto estuvo los 10 primeros años trabajando en la jardinería, comenzando en un campo de golf, en Coasteville, Pennsylvania. Cortar el pasto de todo el campo, le tomaba a él y a otro compañero, también de Tenancingo, alrededor de una semana. Como fueron obteniendo agilidad y destreza, haciendo las actividades más rápido, el empleador les encargó que trabajaran en las trampas de arena²², juntando la madera, porque había muchos árboles. La recogían y la iban a tirar a un lugar destinado para ello. También se ocupaban de cortar las yerbas alrededor de los lagos,

²² Zonas que se encuentran en el campo de golf que sirven para poner a prueba la habilidad y precisión de los jugadores. <https://putter-hack.com/blog/descubre-que-es-un-bunker-en-el-golf/#:~:text=Los%20bunkers%20de%20arena%20son,sus%20tiros%20con%20mayor%20cuidado.>

así como de sacar las pelotas de golf de las lagunas. Al respecto comentaba: «teníamos el permiso para venderlas en los mismos torneos o en las escuelas en donde enseñaban este deporte». En este trabajo permaneció 4 años. Cuando comenzaba el invierno, en las mismas instalaciones trabajó lavando trastes en un restaurante, aunque de todas maneras asistía al campo de golf para hacer mantenimiento y quitar la nieve. Esta compañía se llamaba Brickman Landscaping. En esta empresa comenzó ganando 5 dólares la hora y terminó con 9.50 dólares. Posteriormente se fue a otra empresa llamada Osorios Landscaping, en la que permaneció alrededor de 6 años. Alberto comentaba: «siempre que yo me salía de un trabajo, era por dinero, porque ya estábamos ambicionados por el dinero». En esta empezó ganando 10 dólares la hora y terminó con 11.5 dólares por hora.

En la trayectoria laboral de Alberto destaca la construcción, actividad a la que se dedicó durante otros casi 10 años. Los 3 primeros en New Jersey en una empresa llamada Greeville Construction:

En donde trabajaba con puro concreto, hacíamos sótanos, los pisos, las paredes de puro concreto alrededor, y de ahí para arriba ya lo hacían los carpinteros. También hacíamos banquetas, garajes, o sea, las entradas de los carros, todo eso hacíamos. (Alberto, comunicación personal, 29 de abril de 2022)

Ganaba más de 20 dólares la hora en este trabajo. Posteriormente y en los últimos 7 años que estuvo en Estados Unidos trabajó en otra empresa de construcción llamada Michoacanos Constructions. En ésta ganaba más y hacía lo mismo que en la otra empresa, aunque de una forma más rudimentaria, más manual. Fue en esta empresa en la que tuvo un accidente laboral en la cintura, motivo por el cual ya no pudo seguir trabajando en Estados Unidos. Después de 2 años fue indemnizado y regresó a México.

Únicamente Alberto expresó tener seguro médico en las 2 empresas de construcción y cuando estuvo trabajando en el campo de golf, aunque solo era para padecimientos leves, que no implicara grandes costos u operaciones. Decía que tenía una credencial con la cual podía ingresar al hospital para atenderse alguna molestia leve sin costo. Cuando tuvo el problema en la cintura, la empresa solventó todo el tratamiento y le seguía pagando la mitad de su sueldo.

La Jardinería Estadounidense, Oficio de una Trayectoria Laboral Truncada.

Cuando Esteban llegó por primera vez trabajó 4 días en la limpieza de un gimnasio, con un sueldo de 30 dólares la noche. Al quinto día se inició en la jardinería, oficio en el que estuvo hasta que regresó a México. En ese trabajo realizaba las siguientes actividades:

Plantar árboles, desyerbar, cortar el pasto, arreglar los jardines, ponerles piedras, limpiar en otoño e invierno cuando se caen todas las hojas. Ya en primavera cuando comienzan a retoñar de nuevo las plantas y el pasto, quitar lo quemado, trasplantar y volver a organizar los jardines. (Esteban, comunicación personal, 6 de diciembre de 2021)

Durante los 2 años que permaneció en Estados Unidos no tuvo trabajo por casi 8 meses, en tiempo de invierno, sosteniéndose con los ahorros que logró obtener. Generalmente trabajaba 8 horas, el resto eran horas extras. Esteban mencionaba que muchas veces el empleador les decía que anotaran como si hubieran salido de trabajar a las 8:00 de la noche, les regalaba horas de trabajo.

Por último, de acuerdo con la narrativa de estos migrantes, en cada trabajo en el que estuvieron les brindaron los implementos necesarios para el desarrollo de sus actividades, además de que les recalcaban la importancia de utilizarlos. Refiriéndose al caso específico de la construcción Alberto dice: «el no utilizarlos era poner en peligro la empresa, porque un accidente ahí es de mucho riesgo. Está a la orden del día un accidente ahí». Sin embargo, fue en el mismo caso de Alberto que, el no usar los implementos necesarios, le provocó un grave accidente en su cintura.

Pluriactividad y Condiciones de Trabajo al Retorno a Tenancingo. La trayectoria laboral de estas personas migrantes en Estados Unidos fue diferente a la registrada al retorno a sus localidades de origen en el municipio de Tenancingo.

Regresando con Problemas de Salud, Después de Poco Más de Dos Décadas de Empleo en el Extranjero. Micaela enfrentó graves problemas de salud que la limitaron para seguir laborando en Estados Unidos y en México, motivo por el cual optó por volver a México, a la casa que construyó con el esfuerzo del trabajo realizado en aquel país.

Reincorporándose al Empleo de la Infancia de Empuntar Rebozo. Para Azucena, a diferencia de otros migrantes, fue la especialidad del rebozo aprendida desde su infancia lo que a su retorno le facilitó reincorporarse a la vida laboral en México.

Desde que llegué [2012] siempre he estado trabajando en el rebozo, soy la cuarta generación que me dedico a empuntar [...] En este trabajo es difícil hacer un cálculo de cuánto dinero se puede ganar [...] puede ser, 200, 400, 1,000 o 1,200 pesos quincenales, o no ganarse nada. (Azucena, comunicación personal, 2 de abril de 2022)

Tampoco tenía un horario definido para realizar esta actividad. Generalmente trabaja muy temprano, o bien, en las tardes, para tener el día libre para realizar otras actividades.

En 2013, comencé a meterme a cursos y todo eso, a seguir capacitándome y fue cuando aprendí lo relacionado a innovación del rebozo, corte y confección para hacer prendas de rebozo, el realizar otro tipo de prendas [...] Destrozaron el rebozo porque ya hacen vestidos, corbatas, camisas, bolsas, entre otras muchas cosas más. (Azucena, comunicación personal, 2 de abril de 2022)

En 2016, y por un año, estuvo trabajando como cuidadora de una señora de la tercera edad, sin dejar de dedicarse al rebozo. También ha participado en eventos como expositora, vendiendo rebozos en diferentes lugares del país, como en las ferias de Pachuca, Hidalgo, Puebla y Tlaxcala. Sin embargo, la pandemia por COVID-19 (2020-2021), le causó fuertes problemas económicos ante la cancelación de los diversos eventos a los que asistía, aunque de cualquier forma seguía empuntando. Como nuevas opciones para obtener ingresos, se dedicó a la venta de chicharrón, con lo cual dice «salía para medio comer». Para el 2022 Azucena tuvo la posibilidad de ingresar a la administración del Ayuntamiento de Tenancingo (2022-2024), como ayudante en el área de turismo, donde comenzó ganándose 2,800 pesos quincenales y cuenta con las prestaciones de ley, siendo éste su trabajo actual.

Retorno a la Pluriactividad y Multiusos Antes y Durante el Contexto Pandémico.

Mary, a su regresó en julio de 2016 se incorporó a trabajar en diciembre de ese mismo año en el comedor comunitario de Tepetzingo, cocinando, limpiando y sirviendo la comida. Actividades por las que recibía 25 pesos al día. Mary comentaba: «en las circunstancias en las que estaba esos 25 pesos eran mucho, pero sobre todo porque mis hijos tuvieron desayuno y comida, precio que podía alcanzar si les hago de comer en la casa alrededor de 200 pesos». En este lugar trabajó de diciembre de 2016 a abril de 2017. Posteriormente se fue a trabajar a una tienda dedicada a la venta de productos agrícolas. Cumplía varias funciones: cajera, administradora, limpieza del lugar, e incluso ayudó a su empleador a abrir otras tiendas, pero su desempeño no impactó en un aumento de sueldo: «a pesar de que vendía mucho, hasta 30 mil pesos al día». En este trabajo percibía 90 pesos diarios, cifra que podía aumentar por las

horas extras laboradas. Renunció a este trabajo por desacuerdos con su empleador, particularmente cuando le negó el permiso solicitado para ausentarse varios días para organizar la celebración de la confirmación de sus hijas, pues Mary tenía como convicción «primero mis hijas».

En este trabajo estuvo de abril de 2017 a julio de 2019. Al día siguiente de celebrar la fiesta de sus hijas, se fue a Malinalco²³ a solicitarle trabajo a un conocido que trabajaba como jefe de la policía. Trabajó como administrativa en el almacén, era la encargada de darle el armamento a los policías, era la secretaria del comandante. A los 2 meses cambiaron al comandante y se convirtió en radio operadora. En este trabajo le pagaban 1,500 pesos semanales. Comenzó a trabajar a finales de julio de 2019 hasta el 3 de enero de 2020, cerca de 5 meses. En este empleo tenía prestaciones sociales y de salud.

Paralelamente al trabajo de Malinalco, Mary vendía productos australianos que adquiría una sobrina, de la cual se hizo socia. De la venta de éstos obtenía un promedio de 3 mil pesos al mes. Sumado a esto, vendía desayunos que preparaba su mamá, de los que recibía alrededor de 150 pesos semanales. Renunció al trabajo de Malinalco porque comenzó a presentar síntomas de COVID-19. Después de su recuperación retomó, entre febrero y julio de 2020, la venta de desayunos con su madre en Tenancingo.

En julio de 2020 se fue a trabajar a Monterrey en una ferretería, este trabajo lo consiguió a través de internet y tenía relación con una empresa de Villa Guerrero. La comida y el hospedaje estaba a cargo del empleador. A la semana de haberse ido, regresó a Tenancingo por sus hijas. En este trabajo laboraba de 8:00 de la mañana a 8:00 de la noche, obteniendo 2 mil pesos a la semana. Solo permaneció de julio a octubre de 2020, porque su padre comenzó a presentar síntomas de depresión. Se regresó de Monterrey y estuvo viviendo y trabajando en el rancho de uno de sus primos, de noviembre de 2020 a mayo de 2021. Trabajaba en la limpieza de la casa, cuidado del jardín, cuidando los animales, arreglo de fallas de electricidad y agua al interior de la casa, como Mary lo expresa: «yo era multiusos». Nunca acordó un sueldo. De lo que enviaba su primo de Estados Unidos para los gastos del rancho, Mary tomaba lo que necesitaba, sobre todo para la comida. En sí, solo recibió un pago 6 mil pesos.

²³ Municipio que colinda con Tenancingo.

Después de varios problemas que se presentaron con la esposa de mi primo y la familia de él, decidí dejar el rancho y me fui a rentar un departamento en la Colonia Ejercito [en Tenancingo] En este tiempo no estuve trabajando, otro primo me estuvo prestando dinero para pagar la renta. Dos amigas que tenía me ayudaban con la comida [...] Una de ellas le habían operado la rodilla, y no tenía quien le limpiara su casa, entonces me iba a limpiársela, le cocinaba y comíamos con ella. (Mary, comunicación personal, 16 de mayo de 2022)

Posteriormente, Mary regresó a vivir con sus padres y nuevamente estuvo vendiendo desayunos hasta abril de 2022, recibiendo alrededor de 1,200 pesos semanales libres de gastos. También estuvo trabajando en una empacadora de flor por un mes, por un pago de 2,150 pesos semanales. Renunció porque no le daban permiso para ir a las actividades de la escuela de su hija. En mayo de 2022, trabajaba como empleada en la tienda de abarrotes de una amiga, donde percibía 1,200 pesos a la semana.

Retorno a la Floricultura de la Región. Adriana, emigró a Estados Unidos siendo soltera, aunque su retorno fue con familia a la localidad de San Antonio Agua Bendita, de donde es originario su esposo. En este lugar se ha dedicado a trabajar sembrando, cortando y vendiendo flores, con un promedio máximo de 3 días a la semana. El dinero obtenido por este trabajo es utilizado para solventar gastos, por ejemplo, de fumigantes, mientras que lo restante lo destina para la compra de ropa, zapatos y otros artículos de primera necesidad. A principio de 2021, Adriana y su esposo instalaron una tienda en su casa. Adriana decía que no tiene una cifra exacta de cuánto dinero le deja la tienda, aunque dice estar segura de obtener ganancias.

De Trabajar sin Descansar a no Volver a Hacerlo por Problemas de Salud. En su narrativa, Erasto contaba que por el derrame cerebral que sufrió estando en Estados Unidos retornó a su localidad de origen para continuar con su rehabilitación. Aunque este proceso es largo, Erasto comentaba que esporádicamente ha trabajado cuidando algunas casas en varias localidades. Señalaba que estas actividades las podía realizar porque no le implican un gran esfuerzo físico.

Dificultades para Reincorporarse al Empleo como Deportado. Norberto, después de su regreso por deportación tardó 2 meses en encontrar trabajo. Para ello, le ayudaron a ingresar a una compañía de químicos llamada Agroflore en Tenancingo. Estuvo como chofer, cargando y descargando tráileres. Le pagaban 1,800 pesos a la semana. Solo los 2 últimos

meses que estuvo ahí tuvo seguro médico. Permaneció en este trabajo por 7 años. Posteriormente fue taxista, por aproximadamente un año y percibía mil pesos por semana. Luego estuvo 6 meses de jardinero con el mismo empleador del taxi, ganando 1,800 pesos a la semana. Sin embargo, según el testimonio de Norberto: «este trabajo estuvo bastante pesado y yo solo era el que trabajaba, le pedí al patrón que me devolviera el taxi». Fue así como regresó a su empleo de taxista. Este trabajo lo combina con su cargo como delegado de Tepetzingo en la administración 2022-2024.

Los Problemas de Salud y Diversidad de Empleos Informales. Alberto no trabajó durante los primeros 6 meses de su regreso a México, pues se dedicó a buscar estrategias de atención a su problema de desviación de discos en la columna. Una vez que mejoró empezó a trabajar en sus terrenos, cortando yerba y sembrando maíz. El ingreso que recibía era por la venta del maíz, con un aproximado de 20 mil pesos semestrales. A esta actividad se dedicó alrededor de 3 años, hasta mediados de 2016, pues tomó la decisión de rentar sus terrenos «para que sembraran flores, porque tiene la ventaja de que tienen agua esos terrenos». Por la renta recibía 10 mil pesos cada 3 meses.

Paralelamente inició con la compraventa de ganado con uno de sus cuñados. Esta actividad la desarrolló por 2 años, hasta el 2018. Sin embargo, Alberto comentaba:

Fue un negocio que en términos generales no funcionó, y en vez de ganar, perdimos dinero, porque se nos moría el ganado, y pues había que recuperarlo [...] Dejé de trabajar el ganado con mi cuñado y me puse a comprar solo cerdos con mi esposa. Me asocié con mi suegra. Duré un año [2019]. (Alberto, comunicación personal, 6 de mayo de 2022)

En este negocio ganaba entre 1,500 y 2,000 pesos a la semana. Posteriormente Alberto se independizó de su suegra para vender sus propios cerdos cuando estaban pequeños. La venta la realizaba cada 6 meses, con un estimado de 800 pesos por cerdo. Aunado a esto, estuvo como checador de taxis desde mediados de 2020 hasta noviembre de 2021, obteniendo 900 pesos a la semana. Hasta la actualidad trabaja conduciendo un taxi, donde percibe entre 250 y 300 pesos por día.

De la Experiencia de Deportación al Retorno a Empleos Inseguros. Esteban también retornó por deportación. En 2010 empezó a trabajar de ayudante en la construcción, ganando 1,500 pesos a la semana por un periodo de 3 años, con un horario de 8:00 de la

mañana a 5:00 de la tarde. Posteriormente trabajó como taxista por 7 años, en donde ganaba entre 1,000 y 1,500 pesos semanales, con una jornada laboral de prácticamente todo el día. Posteriormente trabajó con un hermano en el oficio de la plomería. Mencionaba que aprendió esta actividad, además de que le gustó, por lo que actualmente se dedica a ella. Sin embargo, por tratarse de un trabajo inestable, lo intercala conduciendo un taxi. Cuando tiene trabajo en la plomería, puede ganar hasta 1,500 a la semana, y con el taxi, alrededor de mil pesos semanales.

En términos generales, de la población migrante entrevistada, son 2 los casos que ya no pudieron seguir trabajando por cuestiones de edad y de salud. Mientras que los demás han estado sometidos a una violencia estructural que no les ha permitido acceder a empleos decentes con prestaciones sociales. En este sentido, se advierte como una constante que las condiciones laborales son adversas, lo cual resulta fundamental para comprender las posibles afectaciones o impactos en otras dimensiones de los modos de vida.

Condiciones de la Vivienda: «Es lo que Más Gracias le Doy a Dios, que Tengo Donde Vivir, que a como Vivíamos»

Esta narrativa expresada por Micaela hace parte de sus recuerdos acerca una de sus motivaciones más grandes cuando se fue a Estados Unidos, caracterizada por el arduo trabajo para poder construir su propia casa en Tenancingo. Fue hasta su edad como adulta mayor y después de haber trabajado por 23 años en el vecino país que pudo tener una vivienda digna donde vivir. Y es que dentro de los modos de vida de la población migrante, es importante conocer el tipo de vivienda en la que estuvieron viviendo antes de emigrar hacia Estados Unidos, en los diferentes ciclos de vida, tanto en el núcleo familiar primario como cuando se unieron en vida conyugal, porque esto es un indicativo de las experiencias y posibles repercusiones en su salud.

Condiciones de la Vivienda en Tenancingo y Afectaciones a la Salud. De acuerdo con los resultados de las entrevistas en profundidad, el conjunto de las personas entrevistadas expresó que durante su infancia vivieron en casas que pertenecían a sus padres, la mayoría construidas con block, otras con madera, cartones y láminas, algunas de ellas sin los servicios públicos básicos necesarios.

Micaela relataba que «vivía en una casa muy grande [...] mi padre también tenía a su otra familia, sus otros hijos, porque era viudo. Cuando se casó con mi madre la llevó a vivir ahí también». Por tanto, la madre de Micaela fue la segunda esposa de su padre, quien tenía 50 años, cuando se unió con su madre de 20 años. Micaela recuerda que en esa casa ubicada en la cabecera municipal de Tenancingo: «sufrí mucho porque no estaba en buen estado, se goteaba mucho en tiempo de lluvias. El piso era de tierra y cuando llovía se volvía lodo. Ponían aserrín en el piso para evitar que se enlodara». Esta vivienda, aunque tenía agua, no contaba con sanitario, sino con una letrina afuera de la casa. Estos modos de vida representan una situación de riesgo para posibles problemas de salud/enfermedad, sobre todo aquellos relacionados con complicaciones gastrointestinales y respiratorios.

A sus 16 años, Micaela se unió con su cónyuge, viviendo por aproximadamente un año en la casa de la abuela de éste: «cuando yo llegué ahí, nos dieron un cuarto que era una cocina de humo, y ahí vivíamos». Expresa Micaela que más adelante se fueron para un terreno de su suegra, en donde construyeron una pequeña casa de madera y lámina. Esta vivienda no contaba con servicios, por lo que tenía que acarrear agua de una pila ubicada a varias cuerdas de la vivienda, lavaba en un río retirado de su casa e improvisaron un hoyo en la tierra para cubrir sus necesidades fisiológicas. En este lugar permaneció alrededor de 15 años. Este escenario desventajoso continuó, complejizándose, porque fue el ciclo de vida de Micaela en la que tuvo sus hijos, por lo que las afectaciones asociadas con estas precarias condiciones sanitarias ponían también en situación de riesgo a sus hijos.

Años después Micaela regresó a la casa de su padre, lugar al que su esposo solo iba ocasionalmente. Cuando murió el padre de Micaela, se repartió la herencia y como no vivía bien compartiendo la casa con sus medios hermanos, vendió la parte que le correspondía y compró un terreno en la colonia La Trinidad. En este lugar construyó 2 cuartos con lámina, cartones, papel y colocó un cerco de madera. Micaela contaba que regularmente se filtraba el agua cuando llovía. Su ropa la lavaba cada 8 días en unos pozos que había por la Alameda²⁴. Fue tiempo después, cuando su hija mayor y otro hijo,²⁵ que se habían ido para

²⁴ En la actualidad es un parque, queda como a uno 500 metros de la casa de Micaela.

²⁵ El que falleció a los 25 años en Estados Unidos.

Estados Unidos, le enviaron dinero para reemplazar el material de esos 2 cuartos por block, mismos que permanecieron así hasta que Micaela emigró también hacia el vecino país.

Por su parte, Azucena, cuando formó su hogar se fue a vivir a una vivienda que era de su esposo. Mientras que Mary y Adriana, permanecieron en las casas de sus padres hasta que emigraron a Estados Unidos. Sin embargo, Adriana, vivió en un hogar patriarcal, como muchos hogares rurales en México. En esta narrativa se distinguen los procesos de desigualdad por género, específicamente la negación a su derecho a la propiedad por ser mujer, toda vez que mencionó que su padre no les heredaba tierras a sus hijas porque a ellas les correspondía la propiedad de sus esposos. Asimismo, Adriana, vivió problemas del hacinamiento al habitar en una vivienda con 9 hermanos. Esta condición afectó la salud de todos, pues según su testimonio, cuando se enfermaba alguno de sus hermanos, era frecuente que todos lo hicieran también, especialmente cuando el problema de salud era de tipo respiratorio y/o gastrointestinal. Al respecto Adriana expresó: «yo tenía descontento siempre con mi mamá, por el descuido, las injusticias, por no preocuparse lo suficientemente por nosotros. Ella podía haber hecho más en el cuidado de todos, pero no lo hizo».

En cuanto a las experiencias de los hombres migrantes entrevistados, Erasto, en la formación de su vida conyugal, se fue a vivir a una casa de su propiedad, ubicada en un terreno que fue heredado por su padre y en el que estuvo construyendo una vivienda de manera progresiva. Erasto, su esposa e hijos permanecieron en esta casa hasta que él emigró a Estados Unidos. En el caso de Norberto, permaneció en la casa de sus padres hasta que se fue al vecino país.

Situación muy diferente a la que vivió Alberto, quien, como ya se mencionó anteriormente, dejó la casa de sus padres a sus 10 años. Por este motivo, señaló haber vivido en la calle durante 2 meses, en un lugar que le decían las Cuevas, conviviendo con drogadictos y alcohólicos. Posteriormente se fue a vivir con su amigo José Luis, aunque por situaciones de conflicto dejó de hacerlo, como lo manifiesta en su narrativa: «no permití que mis padres me llamaran la atención, menos otra persona». Ante esta inestabilidad, empezó a dormir en un local del mercado, bajo las tarimas, tapado con las cajas. Esta situación solo ocurrió durante 3 días, pues uno de los guardias del mercado lo descubrió. Al quedarse sin un lugar donde vivir, la señora con la que trabaja en el mercado se lo llevó a Tenango del

Valle²⁶ a cuidar chivas. Estuvo viviendo con ella alrededor de 2 años. Más adelante y después de arreglar los conflictos con su amigo, volvió a vivir con él hasta que se fue para Estados Unidos. Por su parte Esteban, vivió una situación muy similar a la de Norberto, porque, aunque ya se había juntado con su esposa, aún seguía viviendo con sus padres.

En términos generales, los lugares en los que habitó la población de estudio, durante los diferentes ciclos de vida previos a emigrar hacia Estados Unidos, se caracterizaron por registrar condiciones de precariedad, aunque contaban con lo mínimo necesario para vivir. La descripción de los casos permite señalar que las condiciones de la vivienda representan un tema de suma valía para el análisis de los procesos de salud/enfermedad. Al respecto, la OMS (2018) señala que las inadecuadas condiciones en las viviendas, como las condiciones estructurales, aumentan la posibilidad de que las personas se resbalen o se caigan sufriendo traumatismos. O bien, cuando el clima es frío, la dificultad para calentar la casa puede afectar la salud respiratoria y cardiovascular, al igual que cuando la temperatura es alta se aumente la mortalidad por problemas cardiovasculares.

Cuando en las viviendas se preparan los alimentos con leña, el humo producido es nocivo para el sistema respiratorio, teniendo efectos irreversibles a largo plazo. Del mismo modo, el hacinamiento es un problema que suele ser común en muchas viviendas. La OMS (1990), advierte que el hacinamiento se relaciona con el aumento de la incidencia de enfermedades respiratorias y gastrointestinales, situación que se recrudece en condiciones de pobreza y de carencia de servicios básicos adecuados, como ocurrió en algunos de los casos señalados, donde no contaban con agua potable y servicios sanitarios en el hogar.

El Lugar donde Habitaron Durante el Trayecto Hacia el Vecino País. Si bien el concepto de vivienda durante el proceso de traslado hacia Estados Unidos no aplica como lo es en la cotidianidad de las personas, es importante mencionar que los lugares en los que pernoctaron las personas entrevistadas fueron variables. Los migrantes tenancinguenses habitaron temporalmente en hoteles económicos, algunos de ellos con condiciones de higiene desfavorables, como ocurrió con Micaela, quién en uno de los intentos para cruzar a Estados Unidos, señaló que su hijo quedó traumatado en el hotel al ver que las cucarachas se le subían al cuerpo. Después de haber cruzado la frontera, las personas entrevistadas generalmente

²⁶ Municipio que colinda con Tenancingo.

arribaban a alguna casa o bodega a las que llegaban varias cuadrillas de migrantes a la espera del transporte para el traslado a los diferentes lugares de recepción.

Las condiciones que habitaban en la frontera fueron semejantes para las personas migrantes mientras estaban a la espera de cruzar hacia «el otro lado». Pero durante el cruce tuvieron que pernoctar en el desierto y en los campos, escondiéndose de la patrulla fronteriza y de los grupos delincuenciales, además de estar expuestos a los peligros propios de la naturaleza, como, las inclemencias del clima, los accidentes y ataques de animales. Estas condiciones impactan en los problemas de salud/enfermedad, especialmente en la salud mental ante el miedo a la muerte y/o a ser aprehendidos. Varias de las narrativas recabadas entre estos migrantes de Tenancingo destacaban las vivencias de estrés, incertidumbre y miedo.

Ajustes en la Vivienda y la Salud en el Norte. Con la llegada al país del Norte, fueron diversas las experiencias respecto al lugar de residencia, distinguiéndose algunas particularidades.

En New Castle, Delaware, Micaela estuvo rotando en las diferentes viviendas de sus 4 hijos. En todos los casos se trataron de espacios que contaban con servicios, siendo incluso algunas casas propias. A su llegada estuvo viviendo en la casa de su hija mayor, en donde durmió durante 2 años en una colchoneta en el piso de la sala, junto con sus nietos, porque no había espacio suficiente. En las otras casas de sus hijos, estuvo durmiendo en una cama, situación que no cambió, a pesar de que en 2001 nuevamente se fue a vivir con su hija mayor, permaneciendo ahí hasta que regresó definitivamente a México en 2016. Ante estas condiciones Micaela estuvo expuesta a presentar dolores en la espalda por la rigidez que supone dormir en el suelo, a sufrir algún tipo de lumbalgia y/o adquirir alguna enfermedad por los hongos, ácaros u otro tipo de bacterias.

En el caso de Azucena, cuando llegó a Illinois con sus hijos, estuvieron viviendo con la hermana de su esposo. La casa era propiedad del esposo de su cuñada. Esta casa tenía 3 niveles, incluyendo el sótano, aunque Azucena y su esposo estuvieron en un cuarto que les rentaban, en condiciones de hacinamiento. Azucena comentaba que era muy complicado vivir en un espacio tan pequeño, por lo que después de 4 meses, el esposo de Azucena y su

cuñado renegociaron para que les permitieran ocupar todo el nivel del sótano, pues contaba con todos los servicios. Allí permanecieron por 7 años.

Posteriormente Azucena relataba que se fueron a vivir a otro lugar, sobre todo por salud mental y aconsejada por una psicóloga, dado que empezó a tener problemas con su esposo, pues la hermana de éste decía que Azucena era una «guevona». El otro lugar al que se fueron a vivir era una casa con varios niveles, con escaleras por fuera, por lo que rentaron únicamente un nivel. Este otro lugar también contaba con todos los servicios. Ahí vivieron aproximadamente 3 años hasta que regresaron a México.

En lo que respecta a Mary, llegó a Homestead, Florida, a la casa del hermano de su padre, aún en un ciclo de vida muy prematuro, pues era todavía una niña. Era una casa amplia que tenía una especie de garaje en la parte de atrás, con 2 cuartos y un baño extra, lugar en el que se instaló la familia de Mary, de acuerdo con su testimonio. La casa era rentada y el padre de Mary le pagaba una parte de la renta a su hermano. Allí vivieron 3 meses. Tiempo más tarde, el padre de Mary rentó un departamento, con todos los servicios. Posteriormente, en un nuevo ciclo de vida de Mary, cuando formó su propia familia, se fueron para Clinton, Carolina del Norte, donde vivieron en una casa rentada y muy bonita, según Mary, permaneciendo ahí hasta su regreso a México.

En esta etapa de su vida, además de la violencia física y psicológica que vivió –de las cuales se profundizara en el capítulo IV– también sufrió violencia económica por parte de su esposo, quien además de casi no aportar para comprar los alimentos, dice Mary: «siempre recalcabá que la renta de la casa la estaba pagando él», cuando incluso señalaba ella era la que aportaba la mayor parte del dinero. En este sentido, el concepto de hegemonía/subalternidad (Menéndez, 1994; Goldberg, 2003) se advierte en este tipo de situaciones, particularmente ante el sometimiento a las decisiones tomadas por su esposo, situación que, como se señalará más adelante, tuvo graves repercusiones en sus PSEAP.

A sus 20 años, Adriana, emigró a Phoenix, Arizona. Primero vivió con su cuñado y con unos amigos de él, en una casa que solo tenía una habitación. En esa vivienda, los hombres se instalaron en la sala para que ella pudiera dormir sola en el cuarto. Posteriormente y durante el resto del tiempo que permaneció en Estados Unidos, cambió su ciclo de vida, pasando de ser una mujer soltera, a formar una familia, por lo que según su testimonio se fue

a vivir a una vecindad, en la que cada casa contaba con todos los servicios, aunque 2 casas compartían un baño. La casa solo tenía una cocina y un cuarto.

En lo que respecta a los hombres migrantes tenancinguenses, Erasto compartió su experiencia de vivir en una traila²⁷ del empleador y en condiciones de hacinamiento.

Primero estuve en Stockton, California, 3 meses en el campo [...] Al comienzo eran unas trailas del patrón donde vivíamos todos. Ahí tardamos como 20 días, en una isla. Esta traila solo tenía cuartos, pero aparte había otra traila que tenía baños, regaderas. Luego nos iban acomodando en la ciudad para evitar la migra, evitar problemas [...] era un cuarto como este [aproximadamente 3 por 4 metros] y vivíamos como unas 30 personas [...]. Un solo baño, una sola cocina para todos, entonces para bañarse era un relajo, para entrar al baño era un relajo. Lo bueno es que atrás de la casa había un lugar que como fuera te bañabas porque llegabas bien sucio del trabajo, y para bañarse en la regadera tenías que esperar 3 o 4 horas, porque se tardaban 15 minutos, 10 minutos, así, entonces siempre fue un relajo. Dije, no, aquí va a ser una vida muy difícil. (Erasto, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

Este nivel de hacinamiento propicia condiciones precarias de vida. Se trata de una problemática similar a la señalada por Goldberg (2003), para algunos migrantes senegaleses que vivían en las calles de Ciutat Vella en Barcelona, sin condiciones de habitabilidad y saneamiento dignas, expuestos a potenciales focos infecciosos por la acumulación de basura y la suciedad.

Luego de esa primera experiencia, Erasto se fue a trabajar al Valle de San Fernando (California), donde permaneció por casi 16 años. Ahí vivió solo 4 días con su cuñado, pues lo corrió. Se fue a vivir con su sobrino y su suegra, permaneciendo ahí 3 meses, pero también los corrieron. Más adelante se fue a rentar con su sobrino, pero éste regresó a México, por lo que después de 6 meses Erasto volvió con su suegra, con quien vivió 3 años y 3 meses. En este tiempo estuvo durmiendo en el sofá de la sala, pero lo volvieron a correr. Menciona Erasto que como ya conocía mucha gente de la iglesia a la que acudía, se fue con algunos amigos a compartir un departamento. Ahí estuvo durmiendo en el suelo, nunca en una cama o sofá. Luego comenzó a vivir con personas que rentaban su sala y en el piso extendía sus cobertores. Fueron casi 5 años los que Erasto estuvo rentando estos espacios, con contratos de máximo 6 meses.

²⁷ «Vivienda prefabricada y móvil. Por lo general tienen llantas y pueden ser jaladas por un camión o una troca. Su tamaño varía según el equipamiento con el que cuentan». <https://arquitecturapopular.mx/terminos/traila/>

Después conoció a una familia con la que permaneció hasta que regresó a México; dormía también en la sala y pagaba 250 dólares, prefería esto a pagar un departamento que costaba alrededor 800 dólares. Erasto contaba que no le incomodaba dormir en el suelo, se acostumbró, decía que «dormía mejor, descansaba más». La casa de esta familia contaba con todos los servicios: cocina, baño. Cuando los dueños de la casa no hacían al aseo, por ejemplo, Erasto comenta que él lo hacía, siendo así que se fue ganando la confianza de éstos. A diferencia de sus experiencias anteriores, con esta familia rentó por 11 años; dice que lo trataban como un hijo, le daban la oportunidad de entrar a sus habitaciones, utilizar sus carros e incluso lo invitaban a las fiestas familiares. A pesar de esta confianza, comentaba que siempre permaneció en la sala y para Erasto era importante no abusar de la confianza brindada.

Las condiciones de habitabilidad y vivienda, como modo de vida de Erasto en Estados Unidos expresan su situación de desventaja social y de inestabilidad, ante las diversas situaciones que no propiciaron un descanso óptimo, al tiempo que repercuten en afectaciones a su columna vertebral y otras enfermedades ante la exposición a la humedad y al frío del piso.

En 1992, cuando Norberto arribó por primera vez a Homestead, Florida, estuvo viviendo alrededor de 5 años con su cuñado (esposo de su hermana). Está vivienda era rentada y contaba con todos los servicios. Posteriormente se fue para Grand Rapids, Michigan, en donde se instaló con sus amigos en casa de una señora mayor originaria de San Luis Potosí que vivía sola. La casa era rentada y vivieron ahí alrededor de un año. Norberto decía que él y sus amigos pagaban la renta y la señora se encargaba de la comida. Tiempo después se fue a vivir a una traila de su empleador, un poco más al sur de donde trabajaban. Ahí ya no pagaba renta, solo cubrían el gasto de la luz y se encargaba de cortar el pasto. Norberto comentaba que «era una traila de las grandes, tenía 3 cuartos, baño, cocina, sala, calentón». El empleador pagaba el derecho de piso para que la traila estuviera ubicada en ese lugar. Permaneció en la traila por 6 meses, hasta que su ciclo de vida cambió al unirse con su pareja, con quien rentó un departamento, con todos los servicios. En ese departamento permaneció como 3 o 4 años hasta que compró su casa (en 2004 o 2005). Ahí vivió hasta su regreso a México.

Alberto, llegó con su amigo José Luis a Coatesville, Pennsylvania, siendo aún menor de edad. En este lugar rentó una casa junto con otros amigos por casi 10 años. Esta casa contaba con todos los servicios. El contrato de arrendamiento estaba a nombre de él, por lo que comentaba que cuando regresaba a México y se volvía a ir a Estados Unidos era como llegar a su casa. Después se fue a trabajar a Arlington, New Jersey, llegando siempre con compañeros de trabajo. El lugar de empleo en New Jersey estaba muy cerca de un garaje, donde guardaban las camionetas del trabajo. Se fue a vivir allí con el permiso del empleador. No pagaba renta, estaba cerca del trabajo, no usaba carro, se trasladaba caminando y se trataba de un lugar menos peligroso. Era un garaje que tenía todos los servicios. Cuando se fue a laborar a Wilmington, Delaware, permaneció ahí los últimos 7 años que estuvo en Estados Unidos. Vivió primero con un primo durante un año, quien le prestó una casita en la que guardaba herramienta, «era como una cochera que parecía de juguete». Le pagaba renta a su primo, y aunque «esa casita», como dice Alberto era su dormitorio, disponía de toda la casa de su primo, pudiendo hacer uso de todos los servicios. Posteriormente se fue a vivir con su pareja, según lo expresado por Alberto «ella era la que pagaba la renta porque ganaba muy buen dinero». Era una casa de una hectárea de terreno y tenía alberca. Ahí permaneció por 6 años hasta que se regresó a México.

Por su parte Esteban, emigró a Estados Unidos ya estando casado y con una hija pequeña. Llegó a New Castle, Delaware, con su hermana. Expresa Esteban que a los 5 días su cuñado:

Que como que se le borraba la cinta, estaba discutiendo con mi hermana y me corrió, con el pretexto de que ya estaba hasta la madre de apoyar a mi familia y que me largara, que no me quería ver ahí. (Esteban, comunicación personal, 6 de diciembre de 2021)

Se fue a vivir con su hermano, por un año, en un cuarto, donde había un baño para todos. En ese transcurso su hermano permitió que otro muchacho viviera con ellos. Según el testimonio de Esteban, éste cambió la forma de ser y hasta el trato que su hermano les daba a sus hijos, dejando de pasar tiempo con su familia. Esta situación generó muchos problemas y ocasionó que Esteban se enfrentara a golpes con esa persona, ocasionando incluso que llegara la policía. El cuñado que había corrido a Esteban vivía cerca e intercedió con la policía, tratando de explicar que era una riña familiar. Esteban relataba que su hermano prefirió darle su lugar a la otra persona, por lo que regresó a vivir con su hermana, con una

previa disculpa de su cuñado por haberlo corrido, pues según él «lo agarró en 5 minutos de enojo». En esta casa vivió en el sótano, en la parte del lavado, donde había una habitación y un baño.

Es importante resaltar, salvo algunas excepciones, que la mayoría de las personas entrevistadas permaneció en Estados Unidos pagando renta, incluso cuando compartían espacio con su familia. Los modos de vida relacionados con las condiciones de vivienda han generado situaciones de riesgo para algunos de estos migrantes, con impactos en la salud física y/o mental al estar envueltos en situaciones de conflicto familiar, que se acompañan de los constantes procesos de movilidad y desgaste que supone mudarse, buscando disminuir costos y con la presión permanente de enviar remesas. En suma, la vivienda como modo de vida, interactúa con otras dimensiones, pues, por ejemplo, el trabajo trasciende en la posibilidad de pagar renta, o bien, la distancia de la vivienda respecto del lugar de trabajo impacta en la disponibilidad de horario y oportunidad de contar con tiempo para el descanso.

Cambios en la Vivienda y la Salud al Retorno a Tenancingo. La migración generalmente puede tener varios propósitos, uno de ellos, el anhelo de construir o mejorar la vivienda en la localidad de origen. Por ejemplo, Micaela, mientras trabajó en el vecino país, sobre todo los últimos años, estuvo enviando remesas a su hijo mayor, para que juntos terminaran de construir su casa en Tenancingo. Para Micaela su casa dice es su «palacio [...], tengo en donde vivir».

Azucena, aunque no emigró principalmente por cuestiones económicas, junto con su esposo ahorraron dinero para comprar un terreno, el cual adquirieron estando en Estados Unidos. Durante su estancia enviaron remesas para ahorrar. Una vez que regresaron a México, su esposo construyó la casa en la que actualmente viven en el pueblo de San Nicolás. Mary, llegó a vivir a la casa de sus padres con sus 4 hijos en 2016. Como ya se señaló anteriormente, por cuestiones laborales ha registrado una movilidad constante, por lo que ha habitado en diferentes lugares. Sin embargo, tiene un terreno en el que anhela construir su casa cuando tenga los medios necesarios.

Adriana, a su regresó, llegó a vivir a San Antonio Agua Bendita con los padres de su esposo. Tiempo después, luego de varias mejoras que realizaron a su casa se fueron a ésta, lugar en el que permanecen actualmente.

En lo que respecta a los hombres migrantes, Erasto no regresó a la misma casa de la que salió en 2004, pues mientras permaneció en Estados Unidos estuvo abandonada y se deterioró según el testimonio de Erasto «con el temblor de 2017». Fue así como autorizó a sus hijos para que la vendieran y le compraran una casa a su hermano. A esa casa llegó a vivir y en ella se encuentra hasta el día de hoy. Norberto regresó a vivir con sus padres. Él construyó su casa con las pertenencias que vendió en Estados Unidos, su herramienta, entre otras cosas. Su esposa las vendía y le enviaba el dinero. También parte de los recursos para construirla los obtuvo del *income tax* (alrededor de 5 o 6 mil dólares por devolución de impuestos). En la actualidad es la casa en la que vive, aunque también renta una parte de ésta a unos familiares, dado que se estaba deteriorando.

Alberto, la primera vez que regresó se quedó en la casa de sus padres. Cuando retornó definitivamente regresó a la casa que construyó con el dinero que ganó trabajando en Estados Unidos. Alberto comentaba que en la casa de sus padres tiene también 2 cuartos, que su padre le obsequió porque cuando estaba en Estados Unidos aportó para la construcción de ésta. Por su parte, Esteban, no contó con los medios económicos para construir su casa y mejorar su condición de vida y la de su familia. Luego de su deportación a México regresó a vivir a la casa de sus padres, junto con su esposa e hija, permaneciendo ahí alrededor de 11 años. Por problemas con sus hermanos que residían en Estados Unidos, abandonó este lugar para irse a un terreno de su esposa, que cuenta con una pequeña construcción y ahí viven actualmente. Aunque según Esteban, las condiciones no son muy buenas. En una de las últimas charlas que se tuvo con él, comentó que estaba consiguiendo unas láminas para poner el techo de su casa y estaba muy estresado porque no tenía dinero para ello.

Se advierte entonces que las condiciones de la vivienda pueden repercutir en la salud, física y mental (The WHO European Centre for Environment and Health, 2012) de las personas, físicamente por habitar en condiciones inadecuadas, y mentalmente, ante la presión de construir y/o mejorar los espacios, además de que dichas condiciones pueden disminuir la autoestima de las personas, subir los niveles de depresión y estrés, lo que podría originar violencia doméstica (Triveno y Nielsen, 2020).

Desde la antropología médica, tomando particularmente la corriente crítica se distinguen los procesos de violencia estructural asociados con la desigualdad social, que se

refleja más en determinadas personas, al tener, por ejemplo, condiciones menos dignas en sus viviendas.

Hábitos Alimenticios: «Lo que Pudiera Aventarse a la Olla para que se Hiciera Más»

La frase que se retoma para iniciar este apartado corresponde a las memorias de Alberto. Se recupera como ejemplo, para ilustrar los momentos de dificultad que atravesaron estos migrantes durante su infancia y su juventud en sus comunidades de origen. En el origen, tránsito, lugar de recepción y de retorno, es importante considerar que el tipo de alimentación es una dimensión de los modos de vida que influye significativamente en los procesos de salud/enfermedad. Una sana alimentación está condicionada por las características de cada una de las personas, el contexto cultural, los alimentos a los que pueden acceder en el lugar donde se encuentra, los diferentes hábitos alimenticios y los factores socioeconómicos que interactúan de manera compleja y limitan la dieta de los sujetos (OMS, 2018). De ahí la necesidad de retomar los hábitos alimenticios como una dimensión básica dentro de los modos de vida de la población migrante.

La Alimentación en Tenancingo Antes de Migrar y sus Efectos en la Salud. Si bien se describen algunos aspectos de los modos de vida diferenciados por género, la alimentación en el lugar de origen fue muy similar. Según los propios relatos de las personas migrantes entrevistadas, la alimentación no fue la mejor. A pesar de que comían verduras, legumbres y gramíneas (calabacitas, verdolagas, quelites, chilacayotes, chícharos, nopales, ejotes, frijoles, lentejas, arroz, papas, zanahorias, jitomate, maíz, tortillas, pan), en la mayoría de los casos, la carne la consumían una vez a la semana. Algunos mencionaron que lo que buscaban muchas veces era sentirse satisfechos, por ejemplo, con tortillas con un poco de manteca encima, o como decía Micaela, «si no había nada, un atole de masa con bolillo». A diferencia de Mary quien mencionó que en su casa no faltaban las verduras porque su padre y abuelo las cultivaban, así como la carne, leche y queso, pues tenían animales de corral. Esta misma situación la vivió Azucena, sin embargo, el consumo de carne era cada semana.

Entre las narrativas de vida recabadas entre estos migrantes se menciona que sus madres buscaban diversificar diariamente el tipo de comida, aunque los productos de la base alimentaria fueran los mismos. Había alimentos que nunca faltaban, como los frijoles, los

cuales también los comían para llenarse y no quedarse con hambre. Este tipo de alimentación prevaleció, en algunos casos, hasta que cambiaron su ciclo de vida, con la formación de su propia familia en Tenancingo, como ocurrió con Erasto y Azucena. Por el contrario, Esteban mencionó que cuando se juntó con su esposa, aunque vivían en casa de sus padres, la alimentación cambió un poco, los productos eran mejores y ya había más carne.

La narrativa de Micaela expresa que la alimentación no mejoró durante su matrimonio, mencionando que frecuentemente no tenían para comer y alimentar a sus hijos. En muchas ocasiones su suegra dejaba dinero para comprar pan, otras veces iba al local de su suegra quien vendía barbacoa, para que le diera un taco de carne. Cuando nació su primer hijo, mencionaba: «mi suegra era la que nos mantenía. Luego yo decía dentro de mí, ¿pero por qué ella nos tiene que mantener, si el que nos tiene que mantener es él? [esposo]». Cuando nació su segunda hija Micaela empezó a trabajar y la alimentación mejoró un poco, al menos, según su testimonio, ya tenía para comer.

Algo similar sucedió con Adriana, quien mencionó que muchas veces ella y su hermana (la segunda de mayor edad) no alcanzaban a cenar, porque eran muchos hermanos, y se les daba prioridad a los menores. Vale la pena insinuar que todas las personas migrantes entrevistadas indicaron que la principal comida del día era la comida. Ante estas situaciones alimenticias, de carencias y falta de consumo de los nutrientes para una alimentación balanceada, algunos migrantes presentaron problemas de anemia, como fue en los casos Micaela, Mary y Erasto, cuyos inconvenientes fueron tratados por médicos alópatas.

En la mayoría de los hogares de estos migrantes, sobre todo cuando vivían con sus padres, era común que cocinaran los alimentos con leña, y en segundo término con gas. Adriana, por ejemplo, expresó que «como era mucha comida, muchas tortillas, se usaba más la leña y guardábamos el gas para en las mañanas temprano hacer el café». Alberto por su parte, mencionó que el fogón de leña estaba día y noche encendido, y hasta la fecha en su hogar aun lo usan para cuando las comidas son de alta cocción.

En términos generales, la alimentación fue homogénea en los hogares de los tenancinguenses antes de su emigración, bien sea cuando estuvieron dentro del núcleo familiar primario con sus padres y hermanos o cuando se unieron o casaron. Así, como lo sugiere Arenas-Monreal et al. (2013), la alimentación que predomina antes de emigrar es una

dieta basada en comestibles que se producen en la misma región, con productos frescos, sobre todo cuando son sembrados y cultivados por la misma familia.

La «Comida Chatarra» Durante el Trayecto Migratorio. En la mayoría de los casos, la alimentación de los tenancinguenses entrevistados mientras estaban a la espera de cruzar «al otro lado», y durante el trayecto, que podría ser de varios días, era comida rápida: hamburguesas, pizzas, pollos rostizados. Los guías o coyotes, dependiendo del lugar y las circunstancias en las que se encontraban mandaban a pedir estos alimentos. En otros momentos, los propios migrantes llevaban comida enlatada para el camino, agua, suero y bebidas energizantes. Por ejemplo, Norberto comentó que en una ocasión estando en Tijuana: «como ya no teníamos dinero, nos comíamos el resto de pollo crudo que tiraba una señora que vendía pollos, de los huesitos que tiraba, para calmar el hambre».

Azucena, comió lo mínimo durante el tiempo que duró su travesía hacia Estados Unidos, pues su problema de depresión se agravó al tener que haber dejado a sus hijos para que los cruzaran antes que ella, y no sentía deseos de comer. Pasaba la mayor parte del tiempo tomando suero. Solo en algunos casos, cuando estuvieron a la espera de cruzar y llegaban a una casa, tenían la posibilidad de preparar alimentos, sin embargo, esto era algo esporádico y se dio principalmente en las mujeres. En términos generales, la alimentación no fue la mejor, tratándose de una dinámica que se extendió según el tiempo que tardaron para cruzar hacia Estados Unidos.

Hábitos Alimentarios en el Lugar de Recepción: «Mucha Coca-Cola». En el lugar de recepción, la alimentación no varió significativamente para algunos migrantes, mientras que para otros pudo transformar su diario vivir. Algo que predominó en todos los casos fue que ya consumían más carne. En cuanto a las mujeres migrantes, para Micaela, la alimentación que llevó en Estados Unidos era lo que comía normalmente, con la diferencia de que siempre había comida. La modificación de sus hábitos alimenticios incluyó «la costumbre de tomar mucha agua, pero al mismo tiempo refresco, sobre todo la Coca-Cola».

Lo más importante era que ya no había un limitante para la comida, allá comía mucho, llenaba mi plato, me comía hasta 10 tortillas [...] Me quería comer lo que no me había comido antes. (Micaela, comunicación personal, 9 de mayo de 2022)

Azucena, mencionó que ella estaba «acostumbraba a tratar de cocinar lo más sano posible», desde que estaba en México, y esta situación no cambió en Estados Unidos, aunque ya tenía la posibilidad de comer más carne. Trataba de buscar las verduras frescas y productos mexicanos para preparar los alimentos, cuando no encontraba, dice que los cambiaba por otros o los compraba en lata. Azucena expresó que casi nunca tomó bebidas azucaradas, aunque sí compraba, pero era más que nada para las visitas. Contaba que tomaba mucha agua.

El testimonio de Mary subraya una situación particular. Ella sabía que su esposo no siempre le iba a dar para comprar la comida, aunque tenía la ventaja de que en Carolina del Norte el gobierno apoyaba con cupones alimenticios a las familias con hijos. Entonces, cuando su esposo no quería trabajar o no tenía trabajo, Mary iba a servicios sociales, donde le brindaban cupones de comida al mencionar que no tenían trabajo ella y su esposo. Mary estuvo alrededor de 4 años recibiendo esta ayuda. Dice ella que acostumbraba a consumir algunos productos de esa región: «chorizo, pancakes y una pasta como de maíz caldocita [crepes]». Mencionaba que «tomaba muchas bebidas azucaradas, tomaba Pepsi. También muchas bebidas y jugos de sabor, todo bien dulce». Si bien expresó también beber mucha agua cuando era joven, dejó de consumirla cuando tuvo su primer hijo. En el Norte, estuvo 18 años sin casi tomar agua natural. De igual forma Adriana, era de las personas que trataban de alimentarse lo más sano posible, aunque tomaba mucha Coca-Cola y muy poca agua natural.

Con respecto a los hábitos alimenticios de los hombres tenancinguenses, Erasto expresó que la alimentación que llevó en Estados Unidos casi siempre era «pura comida chatarra»: burritos, hamburguesas, comida China, pizzas, hot dogs, rara vez comía nutritivo. «Al principio tomaba mucha Coca-Cola, llegaba con mis paquetes de 6 de las botellas de vidrio». A la par también tomaba mucha agua de acuerdo con su testimonio.

La narrativa de Norberto subraya que la carne era abundante, «el refrigerador siempre estaba lleno de comida».

Allá es carne todos los días, carne en abundancia: pollo, bistec, llegué a tener venados enteros en el refrigerador²⁸ [...] El refrigerador siempre estaba lleno de comida. (Norberto, comunicación personal, 19 de noviembre de 2021)

²⁸ No compraba los venados, se los regalaban los amigos que los iban a cazar.

De acuerdo con su percepción, la alimentación que llevaba era buena, nunca se abstuvo de comprar lo que le gustaba. Siempre que iban al mandado llenaban «el carro de carne, helados, golosinas, una o 2 cajas de tortillas, que fuera suficiente para luego llevar al trabajo». Consumía mucha Coca-Cola y casi nunca tomó agua mientras que estuvo en el vecino país. Sobre lo señalado por Norberto cabe aclarar que, para él, una buena alimentación parece ser equivalente a tener la capacidad de comprar muchas cosas, lo cual dista de tener una alimentación balanceada con los nutrientes necesarios para el buen funcionamiento del cuerpo.

El cambio de hábitos alimenticios se combinaba con el tipo de trabajo de los migrantes indocumentados. Por ejemplo, Alberto, contaba que durante los 13 primeros años que estuvo en el vecino país comía de todo, especialmente cuando llevaba prisa, hacía lo que se pudiera cocinar más rápido. Como estuvo viviendo con varios compañeros de trabajo, se rotaban para que cada uno de ellos cocinara un día a la semana. Los sábados y domingos no cocinaban, y si lo hacían eran todos juntos. El fin de semana, por lo general, preparaban carne asada. Cuando estuvo con su pareja, mencionaba que «era de mucho mandar a pedir, de mucha comida chatarra», y él ya no cocinaba, dice que «se me pegaba la flojera porque mi compañera tampoco cocinaba». Si bien tomaba mucha agua, también el consumo de Coca-Cola era abundante.

Asimismo, Esteban expresó que consumía mucha comida chatarra. No obstante, cuando estuvo viviendo con su hermano, su cuñada era la que cocinaba, y cuando estuvo con su hermana, ella misma preparaba los alimentos, lo que hacía que la comida fuera mejor. Esteban fue de los pocos que mencionó que «casi no tomaba refrescos, pero sí bebidas energizantes como Gatorade y Power, sobre todo por el calor que hacía». También consumía mucha agua. Sin embargo, a diferencia de los otros migrantes entrevistados, el cambio en sus hábitos alimenticios influyó en sus problemas de salud/enfermedad a corto, mediano y largo plazo, por lo que actualmente los derivados de la leche los consume de manera moderada. Tema que se profundiza en el capítulo IV.

Con los testimonios recabados se puede decir que la alimentación de las mujeres migrantes era mejor que la de los hombres, pues generalmente ellas hacían de comer,

buscaban los productos que habitualmente consumían en México. El consumo de bebidas azucaradas fue generalizado, casi todos las consumían, con excepción de Azucena y Esteban.

Reacomodos de Consumo y Reorganización Alimentaria al Retorno a Tenancingo. Con el retorno a México, algunos de los migrantes entrevistados tuvieron que hacer reacomodos en sus hábitos y prácticas alimenticias llevadas en Estados Unidos. Al respecto, Micaela señalaba que a su retorno consumía:

Mucha verdura, poca carne, no porque no haya con que comprarla, sino porque no me gusta mucho, [...] el comer menos, porque en Estados Unidos comía mucho, estaba muy gorda. Tortilla una o 2, por mucho. Aparte el estómago ya no lo soporta por la reducción que tuve cuando me operaron del tumor. (Micaela, comunicación personal, 9 de mayo de 2022)

La narrativa de Azucena subraya cambios y continuidades en su alimentación. Relataba que «poco varió, porque siempre he buscado cocinar muy sano. Aunque en Estados Unidos no faltaba nada. Acá, aunque hay veces que está complicada la situación económica, nunca faltan las 3 comidas diarias». Para Mary, los alimentos que consumía en Estados Unidos fueron básicamente los que consume en Tenancingo, menos la comida China, aunque también mencionaba que el consumo de carne al retorno fue menor que el que tenía en Estados Unidos, pues allá alcanzaba a comerse diariamente hasta un kilo de carne. Adriana mencionaba que la alimentación actual «no ha sido igual que cuando vivía con mis padres, ahora es mucho mejor. Ahora hay variedad, si quieren yogurt, se les da [a sus hijos], hay más posibilidad de consumir otros alimentos».

Los ajustes en los hábitos alimenticios también se relacionan con los problemas de salud cuando retornan a México. En cuanto a la percepción de los hombres migrantes, Erasto, por ejemplo, tuvo que cambiar drásticamente su tipo de alimentación, pues su problema del derrame cerebral así lo ameritó:

Actualmente la dieta por causa de la enfermedad es muy diferente a la de Estados Unidos en la que predominaba la comida chatarra, y también a la de antes de irme, porque era poco nutritiva. La dieta ahora es muy nutritiva, con muchas verduras y frutas. (Erasto, comunicación personal, 10 de noviembre de 2021)

Norberto, considera que su alimentación al regreso es buena, aunque ya no puede comprar comida en abundancia, considera que se consume un poco mejor, y «si desean hacer un asado, se hace». Por su parte Alberto indicaba que «prácticamente como lo que deseo

comer. Mejoró demasiado con respecto a lo que consumía cuando vivía con mis padres de niño». El caso de Esteban es especial, porque si bien hoy come en Tenancingo lo que consumía antes de irse a Estados Unidos, sus problemas de salud ocasionados por la alimentación en aquel país del Norte incidieron en que en la actualidad todos los derivados de la leche sean consumidos de manera muy moderada.

En este sentido, se advierte que los reajustes en la alimentación cambian con el contexto cultural pero también con las propias elecciones y los recursos económicos de las personas migrantes. A través de las fases migratorias de los migrantes entrevistados se observa que los hábitos alimenticios fueron cambiantes en la mayoría de ellos, pasando de la escasez, a la abundancia y nuevos reajustes al retorno, tanto por los cambios en las condiciones económicas, como en algunos casos, por la situación de salud. Comprender estos procesos, aporta elementos para analizar los modos de vida desde una perspectiva integral, pues la carencia repercute en los patrones de alimentación, como también lo hace la posibilidad de contar con ingresos más altos o recibir apoyos para adquirir otros alimentos. Estos modos de vida se identifican entonces como posibles detonantes de los PSEAP de esta población, especialmente considerando que, en el lugar de recepción, algunos de estos migrantes se van volviendo adictos a la comida chatarra (Carreón, 2009) y/o modifican la dieta agregando alimentos que pueden ser adquiridos con mayor facilidad y/o que disminuyen los tiempos de preparación, aunque ello supone riesgos de padecer enfermedades cardiovasculares, hipertensión y diabetes (Arenas Monreal et al., 2013).

Vida Cotidiana en Estados Unidos: «Te Quedas en la Calle Allá si no Trabajas»

El testimonio con el que comienza este apartado fue expresado por Alberto, recordando cómo eran sus vivencias mientras estuvo en Estados Unidos, en especial lo concerniente al trabajo, pues era muy complicado vivir en aquel país del Norte si no se trabaja y se obtenían los ingresos para pagar la renta de una vivienda, pagar la alimentación y llevar las diferentes responsabilidades y obligación por las cuales se emigró. Es uno de los modos de vida que marcan diferencia, pues el trabajo se ve reflejado en otra serie de dimensiones, los cuales de una manera u otra puede influir en los PSEAP de los migrantes.

El trabajo en la Vida Cotidiana. En la vida cotidiana también hay conflictos y relaciones de poder sobre todo cuando, por ejemplo, hay que trabajar para pagar la renta de la vivienda. Para Micaela, como para miles de migrantes que recién llegan al extranjero a una casa ajena: «el muerto y el arrimado a los 3 días apestá», refiriéndose a la necesidad de aportar dinero lo antes posible para que luego no hablen mal o «que digan que es una mantenida». Por otro lado, el miedo a ser deportados es una constante del diario vivir. Aunque Micaela no tenía ese sentimiento de temor:

Todo está en uno, porque si uno demuestra que, viene migración y esto y lo otro, que te va a agarrar. No, yo lo tomaba normal [...] y es que entre más los vea uno, más se pone nervioso uno, pero yo no, yo no me ponía nerviosa. (Micaela, comunicación personal, 9 de mayo de 2022)

Otros testimonios recabados durante el trabajo de campo, como el de Azucena, diferían de las razones económicas de la migración, aunque ya estando en Illinois, la única forma de sobrevivir era trabajando. Y a pesar de que trabajaba, de que generaba ingresos cuidando a los niños, como ya se refirió con anterioridad, se presentaron una serie de conflictos que comenzaron a afectar la relación con su esposo, por los constantes comentarios que le hacía su hermana acerca de que ella no trabaja, por el hecho de permanecer casi siempre en la casa. Por su parte, Mary, construyó su vida familiar y laboral en Estados Unidos, a pesar de que tenía la expectativa de regresar a México cuando aprendiera inglés y concluyera la high school, lo cual advierte que la dinámica y las condiciones en las que ocurre la estancia de esta población redefine los proyectos de vida. Adriana, anhelaba trabajar en el Norte, sostenía que: «tenía el pensamiento de que iba a ganar más dinero y que ya no iba a tener la misma presión de que me dijeran, échame mi dinero, dame mi dinero», pero sobre todo quería irse para descargarse de la responsabilidad que sentía por parte de su familia en el lugar de origen.

En cuando a las vivencias testimoniales de los hombres migrantes, Erasto expresó que para él era importante trabajar y estar en la iglesia por tratarse de una actividad que realizaba desde que estaba en México y cuando era soltero, sin embargo, sostiene: «cuando me casé ya no pude, pues la obligación me llevó a estar todo el tiempo trabajando». Por su parte, Norberto expresó que la mayor parte del tiempo se dedicaba a trabajar, mientras que el día de descanso estaba en la casa, pues no podían hacer muchas cosas por ser indocumentado.

Así mismo, la vida de Alberto estaba comprometida con el trabajo, porque señalaba: «de lo contrario no comes, no tienes renta, no tienes comida». Por su parte, Esteban indicaba que el trabajo fue el eje de su vida en Estados Unidos, incluso más que en México, porque «realizar otras actividades era complicado por el miedo a ser agarrados por la policía».

En suma, las narrativas de las personas migrantes de retorno en Tenancingo hablan del trabajo en su vida cotidiana en Estados Unidos. A partir de ello, puede establecerse que el estatus migratorio no documentado, como condicionante estructural, se conjuga con otros factores, como el ciclo de vida, haciendo que, para estas personas, el trabajo como modo de vida adquiriera un papel protagónico en su cotidianeidad, por tratarse de una actividad que hace parte de sus responsabilidades como proveedores, como jefes o jefas de hogar, pero también por la importancia que tiene para solventar su estancia, pagar la renta, los servicios básicos y otros conceptos.

Situación Económica Durante la Permanencia en Estados Unidos. Micaela expresó que con el solo hecho de estar en Estados Unidos iba a mejorar su situación con relación a lo que vivía en México. Azucena señaló que «la situación mejoró en su totalidad, la vida es mucho mejor en Estados Unidos». La vida cotidiana de Mary no solo mejoró económicamente, sino que adquirió una amplia autodisciplina, más que a la acostumbrada en su hogar en Tenancingo. Así mismo, Adriana señaló que en Estados Unidos podía comprar las cosas que nunca tuvo.

Erasto también expresó que su situación económica cambió:

Mejoró mi economía, mejoró la situación con mis hijos. Todo esto en el aspecto económico. Aunque tuvo implicaciones en mi vida personal, que no fueron lo que hubiera querido: dentro de lo malo estuvo la pérdida de mi matrimonio. Como hombre descuido a mi esposa, sus necesidades fisiológicas como mujer [...] que otros hombres la vean sola y empiecen a estar detrás de ella y se fue con otra persona. Dejó a mis hijos un poco y se fue a vivir con esa otra persona. Mis hijos ya habían crecido y pues lo que enviaba de remesas ya era para mis hijos porque ella ya vivió su vida aparte. (Erasto, comunicación personal, 15 de noviembre de 2021)

Norberto también expresó que la situación económica mejoró, «se vive mucho mejor allá en comparación con México». Por su parte Alberto expresó «que sí mejoró mucho. Tengo casa, tengo carro, producto de estar en Estados Unidos. Tengo terrenos a base de que estuve en Estados Unidos». Finalmente, Esteban comentaba que: «de lo poco que estuve, sí

mejoró mucho en lo económico, que era prácticamente lo que estaba buscando». En síntesis, la situación económica de todos mejoró mientras estuvieron en Estados Unidos, en unos más que en otros. No obstante, el factor económico, si bien contribuye a mejorar algunos modos de vida, también puede alterar otras dinámicas familiares y personales, al tiempo que propicia la presencia de otras conductas y prácticas entre esta población migrante, lo que en el corto o mediano plazo repercute en posibles problemas de salud/enfermedad física y mental.

Eventos de Discriminación en Estados Unidos. En otro orden de ideas, algunos de estos migrantes expresaron que vivieron eventos de discriminación o fueron violentados sus derechos humanos durante su permanencia en Estados Unidos. Expresa Micaela que una mujer afro y otra americana generalmente la criticaban por ser exigente y por buscar realizar sus actividades adecuadamente. Comentaba que ellas decían sus malestares en inglés y Micaela siempre buscó defenderse de éstas e incluso de una mánager americana, a quien Micaela enfrentó diciéndoles que «si tenía que decir algo de ella que se lo dijera de frente». Fue así como Micaela le comentó al empleador lo sucedido y éste le pidió a la mánager que: «con Micaela no se metiera, que era muy trabajadora, que no se metiera con ella».

Mary recuerda una experiencia de discriminación por género y edad que le ocurrió en una empresa de arándanos en la que era coordinadora de piso. Decía que: «la esposa del patrón era americana y muy bonita, pero no le gustaban los hispanos, y menos que estuvieran como jefes». Relataba que el empleador se peleó con su esposa porque ella creía que Mary tenía menos edad que el esposo (el empleador), y le decía que por qué no ponía mejor un hombre en ese puesto. Alude Mary que: «el patrón le dijo que no quiere a un hombre ahí porque ellos abusan de su autoridad y más con las mujeres». Esta situación cambió cuando la esposa del empleador se enteró de la edad de Mary, pero sobre todo cuando conoció a la pareja de ésta. En este caso, se observa la intersección de diversos elementos que problematizan la permanencia de estos migrantes en Estados Unidos, afectando diversos ámbitos de su vida.

Por otro lado, Adriana considera que vivió una experiencia de discriminación en 2008, cuando los policías andaban en caballos, bicicletas y patrullas, «no más checando las placas de los autos y viendo a que nombre pertenecían [...] La migra también estaba muy al

pendiente, de buscar deportar gente», por lo que no podían salir tranquilos a la calle ante dicha persecución y hostigamiento, que generó histeria y desgaste emocional.

Haciendo referencia a los hombres, Erasto comentaba que cuando cambió de trabajo al Valle de San Fernando en Los Ángeles, en una ocasión que iba en el autobús platicando en español, el chofer se molestó, aunque Erasto no supo que dijo, una persona le expresó: «por favor no hablen en español que este es racista, y dice que si siguen hablando en español va a mandar a llamar la migra para que se los lleven». Así mismo, expresa que existe mucha discriminación, que el peor enemigo del mexicano es el propio mexicano o latino:

Hay mucho racismo en Estados Unidos, por ejemplo, el grupo *Ku Klux Klan*²⁹, que genera mucho odio, sale sobre todo en la frontera de Estados Unidos y México a cazar latinos, todos encapuchados. En el desierto hay muchos de ellos [...] Hay otros grupos y personas que se van a la frontera a cazar latinos. (Erasto, comunicación personal, 15 de noviembre de 2021)

Erasto contó acerca de la convivencia con su familia política, que varias veces lo corrieron de sus casas por ciertas diferencias. En primer lugar, un cuñado, que de acuerdo con el testimonio de Erasto era drogadicto y «se le iba la onda», echándolo de la casa sin motivo alguno. Por otro lado, los suegros, que al ver que Erasto no laboraba 2 o 3 días por ausencia de trabajo, y con la percepción de que no les estaba enviando dinero a su familia en México, era el motivo por el que lo corrían de la casa.

Norberto no mencionó haber vivido algún suceso de discriminación, a pesar de que su regreso de Estados Unidos fue por deportación. Una situación distinta fue la experimentada por Alberto, quien expresó sentirse violentado por parte de uno de sus empleadores, quien le dijo: «pinche mexicano, hijo de tu chingada madre ilegal y otras cosas». Ante esto, Alberto reaccionó reclamando a su patrón:

¿Cuál es su problema? Y me dice el patrón que es que habían hecho mal cierto trabajo [...] Le pregunté que por qué se dirigía a mí de esa manera, pues si el trabajo está mal allá y yo estoy en otro lugar, no tiene nada que ver [...] había un encargado, que fuera y lo buscara allá en una camioneta, que allá estaba durmiendo. Y fue el patrón y efectivamente estaba durmiendo. De inmediato lo echo del trabajo. (Erasto, comunicación personal, 29 de abril de 2022)

²⁹ Grupo fundado al final de la Guerra Civil de los Estados Unidos para reprimir los derechos y libertades de los afroamericanos. Incluso después de 150 años, sigue siendo una organización terrorista doméstica activa. <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/ku-klux-klan-simbolo-infame-del-odio-racista/>

Después del incidente Alberto recibió una disculpa por parte de su empleador, solicitándole incluso que fuera el encargado de la actividad, pero no aceptó ante la responsabilidad que implicaba. Esteban, por su parte, durante su proceso de deportación no tuvo la oportunidad de defenderse, lo que da cuenta de la violencia estructural y la opresión de la población migrante ante estas situaciones, que en su conjunto configuran escenarios de violencia, discriminación, estrés y otras manifestaciones que a la larga pueden repercutir en los PSEAP de esta población.

Las vivencias cotidianas de discriminación se han documentado ampliamente en varias investigaciones. Una de esas obras es la de Raffaelli y Wiley (2012) en «Mujeres inmigrantes en Illinois». Las autoras muestran que una quinta parte de las mujeres migrantes experimentaron alguna forma de discriminación en lugares públicos, en el trabajo o en la calle, sin importar el tiempo que llevaban en Estados Unidos. Una situación semejante encuentra Calleja Fernández (2005), y argumenta que los mexicanos en Estados Unidos son un grupo históricamente discriminado por su origen, características físicas y por la lengua, a pesar de los beneficios económicos que aportan a ambas naciones.

Tensiones Entre Trabajo y Tiempo Libre: «El descanso no Era Suficiente, pero Había que Trabajar a Fuerzas»

Esta oración expresada por Erasto precisa las dificultades para contar con tiempo libre en Estados Unidos, particularmente cuando sus actividades las desarrollaban siendo indocumentados. Esta distribución en el uso de tiempo se registra como un patrón predominante en las relaciones laborales y en la vida cotidiana de muchos migrantes.

Como se menciona a continuación, las actividades de tiempo libre, de recreación y ocio en mucho dependían de las propias elecciones, los modos de vida rurales o urbanos que llevaban, de la familia y de las condiciones de trabajo tanto en México como en Estados Unidos. Es decir, el empleo, los hábitos alimenticios y las condiciones de vivienda son dimensiones que no son excluyentes, en tanto tienen una fuerte relación en la salud de la población migrante.

Organización de la Vida y Desigualdades de Género en Tenancingo Antes de Emigrar. El testimonio de las 8 personas migrantes entrevistadas en Tenancingo con

respecto al tiempo disponible para actividades de ocio y recreación fue muy heterogéneo, y en mucho dependía de las particularidades en sus dinámicas personales y familiares. En las experiencias de las mujeres migrantes, por ejemplo, Micaela, durante su infancia mencionaba que después de realizar las tareas que le encomendaba su mamá, en la tarde salía a jugar con sus vecinos, con los «compañeros de jugar». Señalaba que no había lugares apropiados para divertirse, jugaban en la calle. El tiempo que tenía para jugar «si me bastaba [...] ya me entraba a la casa bien cansada de jugar al avión, las pollas, el encantado, las estatuas».

Por su parte, Azucena, contaba que siempre le ha gustado hacer ejercicio, caminar es su pasión: «me gustaba mucho el básquetbol, pero prácticamente desde que me casé no lo he practicado. Hasta el momento sigo caminando mucho». Durante su juventud, si bien realizaba algunos quehaceres en su casa y las tareas que le asignaban, si contaba con tiempo para ir a jugar a la cancha de básquetbol.

El juego durante la infancia y la juventud fueron centrales en el diario vivir de las personas tenancinguenses. Mary, por ejemplo, se mantenía jugando en su infancia:

Mi área de juegos era ahí junto a mi casa, en donde había unos [árboles de] aguacates inmensos [...] Poníamos columpios y colgábamos hamacas. Había una niña, en ese tiempo, que era como la niña rica del vecindario y era la que tenía los juguetes de cocina, los trastes, y con ella jugábamos. Era la mayor de todos. Nos reuníamos como 20 niños. (Mary, comunicación personal, 8 de diciembre de 2021)

Mary recordaba que el centro de diversiones era el panteón, que estaba muy cerca, y donde hacían fogatas.

Las actividades de tiempo libre, ocio y recreación también varían según el género, la generación y la escolaridad. Por ejemplo, Adriana relataba que prácticamente no tenía tiempo para jugar porque tenía que «hacer los quehaceres del hogar y cuidar a sus hermanos menores». Expresaba que el momento para jugar sin problemas era cuando los maestros los sacaban en la escuela. En este caso, la edad de Adriana influyó en las responsabilidades asignadas de trabajo doméstico y de cuidados en su diario vivir, siendo incluso castigada físicamente cuando buscaba dedicar tiempo a sus actividades de recreación.

No teníamos tiempo [...] porque teníamos que hacer el quehacer, teníamos que ayudar. Era todos los días, toda la semana era lo mismo. Varias veces me escapaba y me iban a buscar porque tenía muchos quehaceres que hacer, y no los había terminado. Ya por eso eran las friegas, las chingas. (Adriana, comunicación personal, 25 de febrero de 2022)

En lo que respecta a las vivencias y percepciones de los hombres migrantes, Erasto mencionó que la recreación en ese tiempo era:

Muy difícil, porque después de levantarme me iba a la escuela, y al regreso tenía una hora para hacer tareas, y luego desde las 3:00 o 4:00 [de la tarde] a trabajar. Luego a las 7:00 de la noche en adelante la tarea que no pude hacer, me tocaba hacerla después de cenar. Solo el sábado en la mañana estaba un poco libre. (Erasto, comunicación personal, 5 de noviembre de 2021)

El trabajo infantil en las áreas rurales también explica los patrones de descanso que fue construyendo la población migrante de Tenancingo. El fútbol es otro de los valores culturales que están enclavados en la vida cotidiana masculina. En el testimonio de Norberto se subraya este patrón que por lo general se vive en todas las fases migratorias y todos los ciclos de vida. Norberto señaló que los domingos en los terrenos baldíos se iba a jugar fútbol, «hacíamos retas y jugábamos de a peso o refrescos». Decía que durante su juventud:

En la semana era muy complicado realizar actividades recreativas porque tenía que ir a cuidar las vacas, desyerbar la milpa, cosechar, hacer adobes para construir las propias casas y cuartos. Prácticamente en esos tiempos no había diversión [...] la recreación en ese tiempo era subirse a un árbol. Ahí donde vivía era una vereda llena de árboles. (Norberto, comunicación personal, 19 de noviembre de 2021)

Había quienes se daban más tiempo para jugar. Por ejemplo, Alberto se iba sin permiso de sus padres a jugar: «generalmente me escapaba a jugar fútbol y luego mis padres me daban un coscorrón y una cinturóniza, pero ya había ido a jugar fútbol». Si bien no había lugares aptos para realizar este deporte, Alberto contaba que jugaban en los terrenos baldíos, «le quitábamos los troncos del maíz, medio emparejábamos entre todos y ahí jugábamos».

Las dificultades para realizar actividades recreativas también responden a la historia y el trabajo agrícola de los pueblos campesinos. En la narrativa de Esteban, se destaca estas limitaciones: «tenía que estar pendiente de los animales, de que estuvieran bien alimentados. Cuidaba vacas que se tenían más que nada por la leche». Relataba que «si por alguna razón llegaban mis padres y estaban amarrados los animales, me daban una buena paliza». Sin embargo, con el poco tiempo que tenía, se iba a jugar fútbol.

Como se advierte en los testimonios de las personas entrevistadas, el tiempo destinado a las actividades de recreación está relacionado con la división sexual del trabajo. Para las niñas, el tiempo dependía de las tareas asignadas por sus madres dentro del hogar, como el

aseo de la casa, ayudar a preparar ciertos alimentos y el cuidado de los hermanos menores. Los niños mayormente expresaron estar ocupados por las labores de apoyo al trabajo agrícola y cuidado de animales.

Reorganización del Tiempo y de las Relaciones en el Extranjero: Reproducción de Desigualdades de Género. La mayoría de las personas migrantes entrevistadas expresaron que el tiempo para descansar era insuficiente después de su jornada laboral en Estados Unidos. Micaela señaló que, durante su jornada laboral el tiempo de descanso era muy poco, pero fuera de éste, consideraba que era suficiente para descansar. Comentaba que:

Sí tenía tiempo, pero no realizaba actividades de recreación, por lo mismo de que estaba cansada. Siempre buscaba que mis días de descanso fueran los sábados y domingos, porque mis hijos jugaban fútbol y yo soy fanática de este deporte. (Micaela, comunicación personal, 9 de mayo de 2022)

La reorganización de los tiempos de descanso y las opciones de recreación vividos por las y los tenancinguenses indocumentados estaban condicionados por el tipo de trabajo y su estatus migratorio. En su relato, Azucena mencionó que realmente no había descanso, solo cuando se iba a dormir. No tenía tiempo, pero se lo daba:

Cuando cuidaba a los niños me los llevaba al parque a jugar [...] me metía en programas donde tenía que ir, como los de costura, repostería, cocina. Los veía como actividades recreativas [...] generalmente el domingo era el día en el que descansaba, en cualquiera de los trabajos. (Azucena, comunicación personal, 14 de diciembre de 2021)

La reorganización del tiempo y las actividades recreativas se encontraban directamente relacionadas con las rutinas de trabajo y el trabajo doméstico no pagado de las mujeres migrantes. Mary contaba que:

Mi rutina era llegar de trabajar a las 3:00 de la tarde, me ponía a cocinar, luego limpiar la casa, para cuando llegaran todos a comer la casa estuviera limpia. Después de comer había que volver a limpiar la cocina, luego bañar a las niñas y ver que no hubiera ropa sucia. (Mary, comunicación personal, 2 de abril de 2022)

A partir de su narrativa se interpreta que las desigualdades de organización del trabajo no cambiaron en el contexto estadounidense. Mientras Mary se encargaba del trabajo doméstico, dice: «mi esposo era de tráeme una cerveza, prende la TV, bájale a la TV». Esta forma de trabajar fuera y dentro de su casa, no le permitía tener suficiente descanso y tiempo libre para ella misma, siendo el sábado el día que en algunas ocasiones su esposo le decía:

«no laves, nos vamos a ir a comer a la calle. Pero solo era comer y regresar, no era de salir y dar un paseo».

En este mismo orden de ideas, Adriana, decía que:

No era suficiente el descanso, porque como mujer es diferente. Si se trabaja, de todas maneras, hay que seguir trabajando en la casa, lavar trastos, poner los frijoles. Ya después de esas actividades me iba a dormir. Solo el día libre era cuando podía descansar algo más. (Adriana, comunicación personal, 28 de febrero de 2022)

En los testimonios reseñados por los hombres migrantes entrevistados también se enfatizaba que el descanso era insuficiente, pero sus percepciones fueron diferentes al de las mujeres migrantes. Erasto, por ejemplo, decía que:

El descanso no era suficiente, pero había que trabajar a fuerzas, porque venía el pago de la renta, el estilo de vida de ahí no era para estar de flojo. No tenía tiempo para actividades de recreación, y era muy necesario salir a caminar, hacer ejercicio, para quemar toda la comida chatarra, y fue precisamente por no haber hecho eso que me enfermé. (Erasto, comunicación personal, 5 de noviembre de 2021)

En términos generales, Erasto era una persona que trabajaba casi todos los días, incluso cuando tenía un día de descanso, buscaba trabajar ante la presión que sentía de enviar remesas a su familia en México. Como se leerá en el siguiente capítulo es posible que la falta de descanso haya impactado en sus padecimientos de estrés y derrame cerebral. Siendo entonces, en este caso, diversas las situaciones de riesgo que afectaron sus problemas de salud/enfermedad.

En las narrativas compartidas por Norberto y Esteban se distinguen también que el tiempo de descanso era muy poco, después de las jornadas diarias de trabajo, siendo los domingos su día de descanso, aunque dedicado para hacer compras. Alberto, por el contrario, contaba que el tiempo de descanso era adecuado, con excepción de los días requeridos por su empleador. La posibilidad de ajustar sus tiempos lo llevan incluso a señalar que generalmente: «llevaba en mi carro una maleta con todo lo necesario para irme a jugar fútbol [...] muchas veces después de salir del trabajo».

Solo de acuerdo con los requerimientos del patrón y la necesidad de realizar algún trabajo, era que teníamos que trabajar hasta más tarde y los fines de semana. (Alberto, comunicación personal, 29 de abril de 2022)

En síntesis, la dinámica de la vida en Estados Unidos involucra a estos migrantes en una cotidianeidad que prioriza la generación de los modos de vida, por lo que, en la distribución del uso del tiempo, el tiempo libre adquiere un papel secundario. Esto así, también por las condicionantes asociadas con el tipo de trabajo y su estatus migratorio.

Reconstruyendo Libertad, Tiempo Libre y Recreación al Retorno a Tenancingo.

Las personas entrevistadas coinciden en que después de haber retornado a México su descanso ha sido mayor, en algunos casos, por la dinámica de vida en zonas rurales, y en otros por circunstancias específicas asociadas con la edad o la condición de salud. Por ejemplo, Micaela, a sus 75 años señalaba: «es como si estuviera jubilada. Mis hijos me envían dinero para sobrevivir. El descanso es mucho mayor». Por su parte Azucena, aunque también percibe tener mayor tiempo libre en México, en 2022, señaló que su trabajo en el Ayuntamiento de Tenancingo como servidora pública, le absorbía gran parte de su tiempo.

En su narrativa, Mary ponía énfasis en la libertad que ahora tiene para definir sobre el uso de su tiempo:

Descansaba cuando mi esposo decía, él era el que marcaba todo. En cambio, acá, descanso cuando quiero, a la hora que quiera. Se puede decir que sí descanso más en México, porque ya no tengo el mayor estrés [...] Acá en México soy libre, ando de un lado para otro. (Mary, comunicación personal, 16 de mayo de 2022)

La percepción de Mary, aunque en circunstancias diferenciadas, coincide con la situación de desahogo y tranquilidad señalada por Adriana, quien comentaba: «descanso yo, el cuerpo y la mente». Esta expresión se asocia con el hecho de ya no sentirse presionada por las violencias estructurales que vivió en Estados Unidos ante el hostigamiento y persecución, así como por vivir ahora en un ambiente de menor tensión al ya no tener que pagar renta como lo hacía en Estados Unidos.

Estos cambios en la posibilidad de descanso y de salud para realizar actividades de recreación al retorno a Tenancingo también fueron expresadas por los hombres tenancinguenses entrevistados. Por ejemplo, Erasto, por su condición de salud, señalaba: «tengo un descanso obligado, con paz, tranquilidad, salgo a caminar, a recorrer la naturaleza, pero es un descanso obligado». De igual forma, Norberto contaba que, a su regreso: «es mayor el descanso. Aquí no me estoy cuidando de la policía. Aquí soy más libre». Si bien

mencionaba que ya no ha jugado fútbol, ahora se ha interesado por otras cuestiones: «actividades que tienen que ver con la delegación. El propio presidente municipal de Tenancingo [periodo 2022-2024] me propuso que colaborara como delegado de Tepetzingo».

El testimonio de Alberto es coincidente: «allá era puro trabajar. Aquí es la pura vida», así como el de Esteban, quien precisa: «las jornadas no son tan largas. Hay un mayor tiempo para actividades de recreación, para ir a jugar fútbol». En los casos que se describen, todas las personas migrantes mencionaron que en sus lugares de residencia actual existen instalaciones adecuadas para realizar actividades recreativas (canchas de fútbol, básquetbol, parques), aunque son pocos quienes los frecuentan, por sus propias actividades personales y laborales. No obstante, Erasto por su problema de salud del derrame cerebral, camina con frecuencia y practica ciclismo.

En términos generales, el tiempo destinado por esta población al descanso, recreación y ocio difiere según las fases de la trayectoria migratoria, a la vez que está determinado por otras variables de diferenciación social, como la edad, el género, el ciclo de vida, el estatus migratorio, la condición laboral y de salud. Es importante considerar que una adecuada distribución en el uso de tiempo contribuye a validar la importancia del tiempo libre, particularmente ante las situaciones de estrés que han comprometido la salud mental y física de esta población en diferentes momentos de su ciclo de vida y trayectoria migratoria. Antes de emigrar, donde la niñez no en todos los casos permitió un ejercicio y uso libre de su tiempo debido a las obligaciones que tenían asignadas. Durante su permanencia en Estados Unidos, por priorizar el trabajo como modo de vida para la subsistencia. Y al retorno, bajo particularidades que invisibilizan la importancia de otorgarle al cuerpo y a la mente tiempo de descanso.

Modos de Vida Particulares, Trayectorias Migratorias y Ciclos de Vida Transnacionales

Entre los modos de vida particulares se busca destacar la presencia de otras dimensiones, como, por ejemplo, la trayectoria migratoria, así como las prácticas, relaciones y redes transnacionales que les permitieron reforzar los vínculos a los migrantes entre el aquí y allá. Reconocer estas particularidades, permite comprender los motivos, las experiencias y las situaciones específicas que dieron lugar a sus procesos migratorios, así como las expectativas

forjadas en torno a estas dinámicas. Como se muestra en cada caso, la conjugación de los elementos que se exponen pone de manifiesto la complejidad de los procesos y las dinámicas migratorias, así como la interrelación de diversos factores que participan de estas experiencias.

Trayectorias Migratorias: «Mi Pensamiento Siempre fue el de Hacer lo que Quería Hacer y Luego Regresarme»

Este apartado inicia con una narrativa de Esteban que hace alusión al deseo de irse varios años a Estados Unidos para ganar el dinero suficiente y brindarle una mejor calidad de vida a su familia, al menos tener una vivienda digna donde vivir y costear los tratamientos médicos de su pequeña hija. Sin embargo, la violencia estructural que prevalece en dicho país complicó dichas expectativas, pues aparte de que no pudo seguir trabajando, salió de éste como si fuera un criminal, acusado de un delito que no había hecho. Aunado a lo anterior, un impacto emocional y mental que afectó seriamente su salud. Desafortunadamente esta es la realidad de muchos migrantes por ser indocumentados, los cuales están más vulnerables frente a la explotación y los abusos, en un sistema migratorio que no reconoce la importancia de ellos en el crecimiento económico y cultural de su país.

En este sentido, son estos modos de vida particulares, de acuerdo con la fase migratoria que transitan las personas, los que pueden generar vulnerabilidad social, situaciones de riesgo y por ende problemas de salud, tanto físicos como psicológicos, como lo mencionan Zimmerman, Kiss y Hossain (2011) y Salgado de Snyder et al. (2007). De ahí la importancia de estos modos de vida particulares, dado que es el contexto donde fluctúan esta serie de acontecimientos que puede afectar, para bien o para mal, los PSEAP de la población migrante.

Diversos motivos fueron los que encaminaron a los tenancinguenses a tomar la decisión de emigrar a Estados Unidos. Hubo quienes lo hicieron por cuestiones económicas, y quienes se lo plantearon por el solo hecho de vivir la experiencia, en otros casos por cuestiones familiares o de violencia doméstica.

Micaela. Tratando de Escapar de la Violencia Estructural en México. Los modos de vida relacionados con la dinámica familiar y el empleo motivaron la emigración de

algunas mujeres de Tenancingo. Micaela, expresó que la principal razón por la que emigró a Estados Unidos –anteriormente se habían ido sus hijos– fue su situación de pobreza, vinculada con la petición que su hija le realizó para que se encargara del cuidado de su niño enfermo.

En ese tiempo ya se había separado de su esposo, siendo en noviembre de 1993, con 47 años, cuando se fue acompañada de su hijo menor para Estados Unidos. Micaela comentaba que en esa ocasión su hija contrató a un coyote de la Ciudad de México:

Este señor me llevó en autobús a Toluca desde Tenancingo, luego nos fuimos en autobús hasta Tijuana. El recorrido fue como de 37 horas. Ya en Tijuana pasamos por unos ranchos, por montes muy boscosos. No había barda, solo un alambrado que brincamos y cruzamos una carretera. (Micaela, comunicación personal, 4 de mayo de 2022)

Cuando lograron cruzar y llegaron a San Bernardino entraron a desayunar a un McDonald's, lugar al que llegó una camioneta que los trasladaría a Los Ángeles. La camioneta llevaba otros migrantes, eran cerca de 10 personas.

En el camino a Los Ángeles pasamos por otra garita, con la fortuna de que la luz estaba en verde y no nos tocó revisión [...] En la casa del señor estuvimos como 2 días, luego nos compraron los boletos del avión con rumbo a Delaware donde me estuvieron esperando mis hijos. (Micaela, comunicación personal, 4 de mayo de 2022)

El costo del traslado fue solventado por su hija, situación que ocurrió en los otros viajes que realizó. En noviembre de 1996, Micaela y su familia en Estados Unidos regresaron a México para traer los restos de uno de sus hijos fallecido por leucemia. Permanecieron alrededor de 15 días en Tenancingo y regresaron a Estados Unidos contratando nuevamente a otro coyote, aunque en esa ocasión viajaron directamente en avión hasta Delaware. Micaela decía que tenían arreglados los documentos con el coyote.

En el año 2000 regresó nuevamente Micaela por su hijo menor, quien no pudo regresar en 1996 por cuestiones de dinero. En esa ocasión, también viajaron en autobús de Toluca a Agua Prieta, aunque vivieron experiencias de violencia que dificultaron el traslado:

En esa ocasión, cuando cruzamos, nos salieron los cholos [ladrones]. Eso le dio mucho miedo a mi hijo, que tenía más o menos 16 años en ese tiempo. Nos dijeron que le diéramos todo lo que teníamos. Yo les di una pequeña mochila que no tenía nada, y ellos me pusieron la pistola en la cabeza [...] Empezaron los otros compañeros a decir, “yo traigo” esto, luego otro que traía otra cosa [...]. Ya luego nos dejaron y nos echaron para la línea. (Micaela, comunicación personal, 4 de mayo de 2022)

En esa ocasión Micaela llamó a su hija para informarle lo sucedido, por lo que les envió dinero para que volvieran a Tenancingo. Micaela narraba que ese mismo año, su hijo emigró para Estados Unidos, logrando cruzar, aunque también exponiéndose a los mismos peligros. En 2001, después de 10 meses de permanecer en México, Micaela buscó regresar a Estados Unidos nuevamente, lo que no fue fácil, por su edad, y por las dificultades ante el acentuado control y vigilancia de las fronteras.

Estando ahí [en Hermosillo] me fui al aeropuerto y se me acerca un señor muy elegante, de traje, portafolio y me pregunta “qué si iba a viajar”. Le respondí que sí, ¿por qué? “Porque soy de migración” [...]. Me comenzó a realizar algunas preguntas cómo, si tenía hijos ahí en Estados Unidos, y le respondí que sí, que tenía una hija residente. Me dice el señor “que le diga a su hija que me pida para que no se esté arriesgando porque ya está grande y le puede pasar algo”. Ahí firmé de que salí de común acuerdo del país. Luego me llevó [a] migración junto con un grupo de personas y nos encerraron como 4 o 6 horas, pero no era la cárcel [...] Ya en la madrugada nos llevan a cruzar la línea, llevándonos hasta Nogales.

Ya en la noche nos dijo [el coyote] “que ya había comprado los boletos y que nos íbamos a subir en tal carro”. Nos subimos y de ahí nos llevaron hasta Agua Prieta, llegando ahí como a las 11:00 de la noche [...] nos tocó irnos hasta la orilla de ese lugar [caminando], donde estaba el hotel donde nos íbamos a hospedar. De ahí nos llevaron en carro hasta Cananea para poder cruzar [...] Ahí nos dieron de comer, aún estábamos en México. Seguimos caminando [...] cruzamos por un alambrado donde me atoré y me caí, pasando todos por encima de mí [...] Se juntaron todos y veían que faltaba yo, y me fueron a buscar [...] Yo ya no podía, [les dije] que se fueran, y dijeron que no, “usted vino con nosotros y con nosotros se va”. Así que me agarraron entre 2 y me llevaron [...] porque no tardaba en pasar la migra. Y fue así, íbamos pasando la carretera cuando vimos unas luces y nos aventamos a los pastizales [...] Me dieron agua y una pastilla y me comencé a sentir mejor. Seguimos caminando y nos metimos en unas cuevas que hicimos con las ramas, nos dieron unas colchonetas, y ahí descansamos [...]. Luego llegamos a un ranchito y nos dejaron encerrados. Y nos llegó migración [...] La razón de que nos hayan agarrado es porque se salieron a orinar [los hombres], y los de la migra sintieron el olor, así como vieron a algunos que se estaban asomando por las ventanas, aparte de que la migra llevaba perros. (Micaela, comunicación personal, 4 de mayo de 2022)

Después de estos intentos, logró regresar en un vuelo directo hacia Delaware. El regreso definitivo a México fue 2017, porque ya no podía trabajar y decía que no hacerlo le aburría. Los primeros días de su llegada manifestaba que quería regresar a Estados Unidos, se sentía triste y sola, pero con el tiempo se fue adaptando nuevamente. Considera que esa decisión fue la correcta, porque en México ha paseado, además de que participa en otras actividades que le permiten distraerse y dedicar tiempo para ella.

Azucena. La Violencia de Género como Causa para Emigrar. La experiencia migratoria de Azucena estuvo motivada por la violencia física de la que fue víctima por parte de un cuñado (hermano de su esposo) y los malos tratos de su suegra. Cuando se fue Azucena para el vecino país tenía 28 años, y 2 hijos de 3 y un año, respectivamente. Emigró el primero de febrero de 2004 para reunirse con su esposo en Estados Unidos. Proceso que cuenta de la siguiente manera:

Llegamos a un acuerdo mi esposo y yo. Él me dijo, “tú investiga con quién te vas a venir” [...] Uno de mis primos ya había ido como 2 veces [...] Entonces yo recurrí a mi tía y yo le pregunté que cómo le había hecho para irse, y ella fue la que me llevó hasta con el coyote [...] Llegamos a un acuerdo con él, y la que nos iba a pasar era su mujer. De aquí de la casa, de mi mamá, salí yo sola, solamente me dieron su bendición [...] Entonces yo salí para allá con una mochila y con mis hijos [...] Ya me encontré con la señora [...], y ya nos fuimos a México [Ciudad de México], porque el vuelo salía en la mañana, ella ya tenía los boletos y todo para ir de Ciudad de México a Ciudad Juárez [...] Ya no más dijo la señora “usted va a traer estos papeles de los niños para acá, para México”. Dijo, “lo de allá, no hay problema, está arreglado”. (Azucena, comunicación personal, 16 de noviembre de 2021)

Migrando con los Hijos. Azucena contaba que el vuelo salía a las 6:00 de la mañana, viajaron rumbo a Ciudad Juárez, donde posteriormente tomaron un taxi a la central de autobuses y de ahí hacia Agua Prieta.

Llegamos casi oscureciendo y nos quedamos ahí en un hotel [en Agua Prieta]. Al otro día en la tarde ya me dijo la señora que me despidiera de mis hijos, porque a ellos los iban a pasar primero [...] Esa tarde no pudieron pasar porque al chiquito le daban una mamila y ya, se quedaba [dormido], pero el grande no me quería dejar. Yo le dije, es que te vas a quedar con tus tíos, tuvimos 2 días para explicarle, que yo los iba a alcanzar después [...], 2 veces se regresaron de la garita [...] porque se ponía a llorar. Me hablaron y me dijeron “hable con el niño, dígame que va a estar bien”. Después le tuvieron que comprar juguetes antes para llevarlo. Mira, “vamos a ir a ver a tu mamá, tú mamá ya está en el otro lado”. Yo ya le dije, yo te voy a esperar allá [...] y tienes que calmarte. Fue como los pasaron.

En la noche me avisaron que pudieron pasar a los niños y que ya estaban en Phoenix [...] Yo me quedé en el hotel, llorando toda la noche. Ya al otro día me dijo la señora que “iba yo a pasar ese día”. Pensé, pues ellos bien rápido, en una tardecita. Me imaginé que era lo mismo. Pues hasta hacía mis cuentas, ya pasado mañana ya vemos a mi esposo, porque son 40 horas de Phoenix hacia allá. (Azucena, comunicación personal, 16 de noviembre de 2021)

Sus hijos lograron cruzar la frontera por la línea, sin embargo, el cruce de ella se complicó, lo que afectó su estado depresivo. En esa ocasión fue detenida por las autoridades,

comentaba que en su desconocimiento de los procesos mencionó que el taxista era pollero, razón por la que éste fue procesado legalmente.

Me llevaron a un salón de belleza a que me cambiaran totalmente el rostro para que me pareciera a la de la foto de la *green card*, y me llevaron a comprar ropa [...] Me subí al carro que me iba a llevar [...] nos pusimos en la garita [...] y resulta que las placas estaban vencidas [...] Y pues agarraron al señor, y le dijeron que no podía pasar. Me llevaron a un cuarto [...] Me dijeron “no se preocupe, le vamos a dar un año de no poder entrar al país. Y usted, tome sus pies, cruce este pasillo y se va, ¡prométamelo!” Sí. (Azucena, comunicación personal, 16 de noviembre de 2021)

Ante esta situación, Azucena volvió al hotel de donde había salido, para posteriormente realizar otro intento de cruce. Esa ocasión fue diferente, aunque fue detenida por segunda ocasión:

Ya me dijo ella [Señora] “va a pasar está noche, pero ya no va a pasar por la garita”. ¿Y entonces? “Va a pasar cerca de la garita, no va a caminar mucho, solamente va a pasar como unos 2 terrenos corriendo, del otro lado la está esperando un carro y se la va a llevar. Pero a usted la van a llevar en la noche”. Y yo, no. Era una cosa muy alta [...] Era como una lámina de acero inoxidable [...] Y la subí. Fue un señor a recogerme, y un niño. Me dijeron que “el niño te va a llevar, el niño te va a guiar [...] Él va a correr contigo, tú no más no sueltes al niño, no pierdas de vista al niño [...] Y del otro lado ya está el carro esperando. Tú te trepas al carro y se van”. Y dice, “y el niño lo dejas ahí, él ya sabe”.

Así le hicimos [...] Pero no sabíamos que [...] el de la migra ya nos había visto, y apagó la patrulla [...] Y que nos prende las luces y dijo, “¿a dónde van?” Y le dije que íbamos a la Walmart. “¿Qué van a comprar?” Pues a ver qué hay, comida. Y no más le dio risa. Él de la migra se portó muy buena onda. (Azucena, comunicación personal, 16 de noviembre de 2021)

Violencia Estructural de Género y Depresión en el Trayecto Hacia el Norte.

Aunque Azucena ya había sido detenida en 2 ocasiones, manifiesta que conservaba la esperanza de cruzar, pues el trato que había recibido por parte de las autoridades migratorias, la llevó a pensar: «malos no son, y más con lo que me dijo un guardia de que intentara por el desierto», y así lo hizo, aunque ello le significó vivir una experiencia de temor, cansancio, inseguridad, riesgo y exposición de su salud.

Caminamos por lugares muy oscuros, nopales por donde quiera. Había 3 coyotes, uno muy joven y los otros mayores [...] El más joven se quedó con 14 personas, dentro de las cuales estaba yo.

Ya como a las 5:00 de la mañana nos dijo “[el guía] ahorita vamos a pasar”, y dijo “que no sabía que había pasado, que había habido cruce de balas, el narco contra la policía

[...] Yo no los podía arriesgar” dijo el muchacho [...] Y “ya no intenté marcarles ahorita porque si ellos están adentro me va a registrar mi llamada y me van a seguir a mí”. Estuvimos caminando como 4 días. En el transcurso del camino, yo no comí nada... solo mis traguitos de suero [...] Yo los veía a ellos muy hambrientos, y yo nada de hambre [...] Me dice el guía, “¿y tú por qué no comes?” Porque no quiero. Y me dice, “pero te va a hacer daño”. No, es que vengo tomando suero, “pues es lo que dicen, solo queda una botella de suero y toda tu comida” [...] Les di mi comida, todos estaban bien hambrientos y ya comieron esa noche.

Seguimos caminando esa noche, pero ya todos llevábamos ampollas, bien cansados, ya sin fuerzas, ya íbamos bien agotados [...] Ya dice el guía que “aquí hay unos terrenos con milpa, duraznos, huertas, ahí nos vamos a quedar en la noche, y para que no nos vea el helicóptero. Ya en el día nos vamos a meter en las cuevas”, porque ya no le contestaban las llamadas las personas que el conocía que nos tenía que ir a recoger al cargadero. (Azucena, comunicación personal, 16 de noviembre de 2021)

Fue tal la exposición y la dificultad que Azucena vivió durante esta experiencia que el guía les dijo «hasta aquí llegaron, prepárense por si tienen que salir corriendo» porque se escuchaban unas motos muy cerca, era la patrulla fronteriza. Esos procesos de ansiedad complejizaron la salud mental de Azucena, quien finalmente logró cruzar para enfrentar nuevas dificultades:

Llegaron tan cerquita [Patrulla Fronteriza] de nosotros con sus lámparas y todo porque estaba muy oscuro [...] Un muchacho que había salido a hacer pipi [...], no más viéndolo a él, pues nos iban a ver a todos [...] Ya no sé qué tanto alegaron [los de la migra], se subieron a sus motos y se fueron. “[Dijo el guía] Estamos salvados, pero ahora no tenemos opción para donde ir. Así que nos vamos a arrinconar debajo de un árbol todos juntos, y acá nos vamos a quedar el día, porque no nos podemos salir ahorita porque ya nos checaron”.

Desde el día, intentaron comunicarse, y ya por la noche, dijo [el guía] que ya no tenían batería [...] Ya el guía salió y se fue con otros 2 compañeros aparte y dijo, “ustedes aquí me esperan [...] Vamos a ver si encontramos a alguien que venga por ustedes”. Y se fueron los 3. Llegó uno corriendo y nos dijo “que nos fuéramos a la carretera”, ya pasó una camioneta y nos subimos [...] A todos los hombres los acostaron encimados y les echaron una lona encima, y a nosotras nos metieron atrás, en la cabina de atrás, así encimadas, todas las mujeres, y “no se muevan, no hagan ruido”. Así, dormidas... ya llegamos a otro lugar donde se pararon a echar gasolina. Y ya fue donde dijo [uno de los que las recogió], “siéntense, pero siéntense bien, así como si fueran pasajeras, ya no corren peligro”. (Azucena, comunicación personal, 16 de noviembre de 2021)

Azucena relataba que después de cruzar los llevaron a una casa en la que había mucha gente. En ese lugar, la desesperación y angustia por no saber de sus hijos fue mayor. Recuerda que fueron varios días en los que estuvo a la espera, con incertidumbre y desesperanza porque

no sabían del coyote que habían contratado, si siquiera el guía con el que iban, que era parte del grupo del coyote, y no tenían los medios para llegar al que sería su lugar de recepción.

Llegamos como a las 11:00 o 12:00 de la noche. Ya al otro día nos dijo que iba a llevar personas a otro lado. Pues yo preguntando, ¿y dónde están mis hijos? Me dijo [el muchacho], “¿cuáles hijos?” Y le dije, pues mis hijos, ustedes los tienen. “No señora, usted está bien perdida, nosotros aquí no tenemos sus hijos, no sabemos ni datos de usted, a ustedes los encontraron por casualidad, hagan de cuenta que no sé a quién le deben el milagro, porque ustedes ni deberían de estar aquí, ni siquiera en planes estaban”. Le dije, ¿cómo? “Sí, ustedes no son de nosotros. Nosotros los rescatamos a ustedes”. Y ya me empezó a preguntar “¿quién era mi guía?” [...] Ya le dije. La verdad no tengo ni idea cuantos días pasé ahí, pero yo pasé días [...] Yo ya no tenía noción, estaba muy deprimida, yo solo me la pasaba debajo de una cobija, acostada, durmiendo, escuchando las historias de otras [...] porque nadie sabía quién era [el coyote contratado], nadie sabía para dónde íbamos, nadie sabía nada. (Azucena, comunicación personal, 16 de noviembre de 2021)

Azucena llegó a pensar que podría llegar a ser víctima de trata. Expresa que el guía se despidió de ellas, que ya estaban a salvo, no sin antes discutir con la persona encargada de tener a todos los migrantes ahí, porque estaba exigiendo un pago de 100 dólares por persona, 1,400 dólares por los 14 de su grupo.

Yo diario salía y le preguntaba al chico, porque a veces estaba uno, a veces estaba otro, oiga, ¿y cuándo me van a sacar de aquí? “¿Y para dónde la llevamos si no sabemos para dónde?” [...] Que iban a esperar hasta que los llamaran, pero de nosotros nadie sabía nada. Nosotros ahí perdidos [...] Yo pensaba que estaba en Phoenix, y me dice el muchacho, “es que aquí no es Phoenix, usted está en Tucson, Arizona, y nosotros no sabemos nada de su guía [el coyote que habían contratado en primera instancia]. Y hasta que a nosotros no nos paguen el dinero que ya le dimos al chico por ustedes, no se pueden ir, y no sabemos quién nos va a pagar [...] Si nadie nos paga, a ustedes las vamos a tener que poner a trabajar, de una u otra forma tienen que pagar”.

Hasta que un día [...] sonó el teléfono, bueno, más bien él [encargado del lugar] me dijo “Azucena”. Yo rapidito me levanté corriendo y me dijo “tienes una llamada”. Ya contesté. Ya le dije que quién era, “soy yo [la señora], dígame que es usted Azucena”, le dije, sí, si soy Azucena. Y ya oí que la señora lloró, y me dijo que “¿cómo estaba?”. Le dije, pues bien, yo no sé dónde estoy, ni se nada, pero pues, estoy bien. Y dijo, “pero ¿qué hace en Tucson?” Le dije, explíquemelo usted porque se supone que usted me trae. “Sabes qué”, me dijo, “estoy bien enojada, discúlpame, perdóneme por todo, yo no debí desquitarme con usted”. Imagínese. “La verdad tengo el alma en un hilo”, me dijo, “a usted ya la dábamos por muerta” Ella pensaba que, en ese cruce de balas [...] nos hubieran secuestrado, matado, pero ya no nos tenían con vida, a las 4 personas que éramos de ella y había pensado que nos habían matado. (Azucena, comunicación personal, 16 de noviembre de 2021)

Fue en este lugar en el que Azucena fue violada sexualmente, un acontecimiento que no fue denunciado por ella, y en lo cual no profundizó mucho.

Reencuentro con Hijos y Esposo. De acuerdo con la narrativa de Azucena, después de haberla ubicado, junto con los otros compañeros que venían a cargo del coyote que contrataron en primera instancia, se realizó el pago correspondiente y al siguiente día los llevaron a Phoenix.

Nos llevaron a una casa a todos. Ya de ahí me dijo el que nos recibió, “que él iba a ir por los niños y que ya me iba yo a encontrar con ellos” [...] Yo también fui con él, yo conocía la familia con los que estuvieron, me dijeron, “¡hay, pensamos que ya se nos iban a quedar para toda la vida!” dicen, “son bien bonitos”, la señora estaba bien contenta con ellos [...] Me dio en una bolsa de regalo todas sus cosas, todos los juguetes que les habían comprado, ropa, todas sus cosas [...] Ya nos fuimos otra vez para Phoenix, otra vez a la casa. (Azucena, comunicación personal, 16 de noviembre de 2021)

Al siguiente día Azucena y sus hijos, junto con otras personas se fueron rumbo a Chicago, donde se encontró con su esposo, después de 3 intentos y una travesía que tardó alrededor de 20 días. Azucena permaneció 10 años en Estados Unidos hasta su regreso, el cual se dio fundamentalmente por su esposo.

La verdad, porque mi esposo tomaba mucho. Como que le empezó a entrar una ansiedad, porque sus papás ya son grandes. Pero hasta la fecha, ahí siguen sus papás [...] También a él le bajo mucho el trabajo, fue una crisis que hubo ahí en Estados Unidos [...] les bajó mucho el trabajo, después de que estaba ganando súper bien. Un ejemplo, sus cheques le salían arriba de 1,100 dólares, para después ir a ganar lo mínimo a una fábrica de 280 dólares. O sea, ya no había trabajo, se vino para abajo. Teníamos 2 opciones: se venía él y vendía todo [...] Pero todo ese tiempo “quiero que te hagas cargo de la renta, de los niños, todo”. O sea, “así como te quedas y ahí ve, si yo regreso” [...] o “venir a vender todo esto para poder comprar nuestra propia casa”, ahora sí que sacar nuestro propio «mortgage» [hipoteca]. Como si estaba bien complicado mejor decidimos venirnos. (Azucena, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

El Retorno Forzado a México. El retorno de Azucena a Tenancingo fue forzado, porque su esposo ya no quería permanecer allá, además de que la crisis económica de 2008 impactó en su trabajo y los ingresos obtenidos. A pesar de que ella quería que sus hijos vivieran otra vida se sintió obligada a regresar porque sus hijos no tenían seguro social. En su narrativa Azucena expresaba: «si allá tú no eres un número en la computadora, pues no existes, así sencillamente».

La experiencia migratoria de Azucena conjuga múltiples situaciones psicológicas y emocionales. Desde este caso, se recuperan elementos específicos, que no son exclusivos de ésta, por tratarse de situaciones que regularmente viven las mujeres migrantes en la frontera Norte al encontrarse expuestas a diversos actos de violencia física, psicológica y de abuso sexual.

Mary. Migración Familiar e Infantil en los 90's: Piedras Negras. La experiencia migratoria vivida por Mary es diferente, sobre todo porque sus padres fueron quienes tomaron la decisión sobre su emigración, cuando solo tenía 13 años. En febrero de 1993 partieron para aquel país del Norte. En esa ocasión la migra los detuvo, devolviéndolos para Matamoros:

Nos fuimos de aquí a la terminal de autobuses de la Ciudad de México, y de ahí nos fuimos a Matamoros [...] En Matamoros llegamos a un hotel y ahí estuvimos 2 días. De ahí intentamos pasar la primera vez por el Río Bravo. ¡Oh sorpresa! Primero nos salieron unos marihuanitos, quitándoles algo de dinero [a sus padres]. Cruzamos el río [...] Caminamos muchas horas [...] cuando llegamos a un restaurante, mi papá nos dice, pidan algo de comer.

Llega un taxi, ahí donde estábamos comiendo, por nosotros [Texas], y agarramos camino porque íbamos disque para el aeropuerto, para poder llegar a Florida. En ese tiempo [1993] a cualquiera le vendían los boletos, no tenías que llevar identificación, no necesitabas ningún documento. Entonces a mitad del camino, ¡chin! que nos para la migra, nos devolvieron. Pararon el taxi en donde iba mí hermana, mi mamá, un primo que iba con nosotros [...] Íbamos en 2 taxis, en otro iba mí papá con mis hermanitos. Nos hicieron registro, te preguntan “¿con quién vas? ¿quién es el coyote? ¿cuántos días estuviste en la frontera?”. (Mary, comunicación personal, 8 de diciembre de 2021)

Ante esta situación, el padre de Mary tomó la decisión de regresar a Tenancingo, sin embargo, el hermano de éste les envió dinero para que realizaran un nuevo intento por Reynosa. Sin embargo, el cruce se dificultó, pues además de que nuevamente los agarró la migra, fueron víctimas de robo.

“Nos vamos para Reynosa” [dijo el padre de Mary]. Estuvimos en un hotel. Después llegó un día un señor y dice “estoy buscando a tal señor”, y le dice mi papá, “ah sí, soy yo. ¿Quién lo manda?” “No, pues me manda su hermano” [...] “vengo por ustedes para ya llevármelos para Texas”. Nos llevó, y que nos iba a cruzar en una lanchita el río, otra vez, nos llevó hasta el río. Me acuerdo de que también caminamos un rato [...] En cuanto cruzamos nos agarró la migra y nos volvió a echar para atrás [...] Pero resulta que no lo había mandado su hermano y asaltó a mi papá, le quitó todo el dinero que le habían enviado. Pues mi papá estaba desesperado. Le volvió a hablar a mi tío y le dijo lo que le había pasado, y dice, “no compadre,

te voy a mandar más dinero, pero, está vez la persona que te voy a mandar te va a tener que decir esto y esto”.

Llegó una señora y le dijo “me voy a llevar a los 2 niños, a los más chiquitos y los voy a hacer pasar por mis hijos”. Y los cruzó por el puente como sus hijos, los llevaba dormidos [...] A mi hermano el mayor, que fue el que falleció en julio. A mi hermana y a mí, nos cruzó, pero has de cuenta, nos cruzó en partes. A mi mamá y mi papá de una manera, después a mi hermana y a mí nos cruzó con mi primo. También por el río y en la noche [...] “A una cuadra de donde ustedes van a salir, los espera un carro así y así”.

Llegó el del carro y nos dijo [el conductor] “me manda una señora” [...] y pues el carro era el mismo que nos había descrito la señora antes [...] Para esto, ya en el carro estaba mi mamá y mi papá [...] Nos subimos y ellos nos entregaron con mi tío [...] Está vez pasamos por Piedras Negras, ya llegamos a San Antonio. Ahí nos recogió mi tío y nos llevó hasta Houston [...] donde él tenía una cuñada. Llegamos ahí a bañarnos. Nos compraron ropa [...] Ahí nos entregaron a los niños. De ahí ya nos fuimos para Florida. (Mary, comunicación personal, 8 de diciembre de 2021)

De acuerdo con Mary, las experiencias vividas durante el trayecto no fueron traumáticas para ella y sus hermanos, pues eran muy jóvenes. Sus padres fueron los que asumieron la mayor responsabilidad, preocupación y angustia. Fue al tercer intento que lograron cruzar. La travesía duró más de un mes desde que salieron de Tenancingo hasta que llegaron a Florida. Mary contaba que el primer intento fue costeadado con los ahorros de su padre, pero los demás, fue su tío quien les ayudó económicamente, era un préstamo.

Poco Más de Dos Décadas de Vida y Trabajo en Estados Unidos. Durante la permanencia de Mary en Estados Unidos, regresó a México una sola vez con sus tíos por una semana, entre diciembre de 1999 y enero de 2000. En ese tiempo aún vivía su abuela, por lo que dice: «fue lo más lindo que hubo, el poder encontrarla viva». Para su regreso, sus tíos le habían conseguido papeles de una joven de la misma edad. Ellos no tenían problema, pues tenían documentos. En la garita corroboraron los datos, sus tíos la presentaron como la novia de su hijo, y como le preguntaban en inglés, pudo responder sin problema.

Por otro lado, el regreso definitivo de Mary a México se dio por la deportación de su esposo. Ella considera que fue un regreso voluntario «moral», porque a pesar de la violencia física y psicológica a la que estuvo sometida por parte de su esposo, ella quería demostrarle que no lo iba a dejar, como él pensaba que iba a suceder si lo deportaban. Quería demostrarle que tenía principios, una reputación, una moral que cuidar, que no era de abandonar a las personas cuando estaban pasando por un mal momento. Mary guardó la esperanza, de que, a

pesar de los malos tratos recibidos, su marido pudiera cambiar estando en México, situación que no sucedió. A las 2 semanas de haber regresado, su esposo se fue de la casa porque siempre tuvo la idea de regresar a Estados Unidos.

La experiencia migratoria de Mary fue particular, fue la única que perteneció a la generación 1.5, que corresponde a los niños que sus padres se llevaron a Estados Unidos de manera indocumentada. Por su edad tuvo la oportunidad de estudiar y aprender a la perfección el inglés, lo cual le fue útil en algunos trabajos por ser bilingüe, aunque su estatus de indocumentada no le favorecía. Fue una trayectoria migratoria marcada por la violencia, que coincide con lo vivido por Micaela y Azucena, lo que reafirma las condiciones de vulnerabilidad a la que están expuestas las mujeres migrantes en México y en Estados Unidos, donde su situación fue ignorada pues pareciera que las acciones por parte de las autoridades estuvieran condicionadas a que éstos presenciaran dichos actos.

Adriana. Migración Femenina Previa a la Recesión Económica Estadounidense.

Con su emigración Adriana buscaba liberarse de la obligación que tenía de aportar todo el dinero que recibía de su trabajo, para solventar las necesidades de su familia. Aunque señalaba que también tenía la curiosidad de conocer: «tener la experiencia de estar allá, en no solo que me cuenten, en vivirlo». Emigró a Estados Unidos en octubre de 2006, con una amiga con la que trabajó en una empresa de flores. Contactaron a un coyote que vivía cerca de Tenancingo, quien fue el que compró los boletos.

De Tenancingo agarramos taxi a Toluca. De Toluca agarramos autobús a la Ciudad de México, para luego tomar otro autobús que nos llevara a Agua Prieta [...] Ya llegábamos y estaba un carro esperándonos [...] Ya cuando llegamos [...] se nos hizo raro, ¿aquí nos vamos a quedar? Estaba la casa entera, lujosa y bonita. Nos dijo el señor, “¡pásense!”, llegó y le habló a la señora, y hasta atrás de la casa había unos cuartitos [...], se ocupan para eso, para esperar hasta que nos toca salir. Cuando a nosotros nos tocó salir [...] al tercer día, nos hablaron. Como a las 2:00 o 3:00 de la mañana salimos [...] La primera vez caminamos un día, ya iba anocheciendo [...] vimos una luz pequeña, se hizo grande, nos agarraron. Era así como un desierto, era un helicóptero [...] Ya ese día igual nos regresaron, nos anotaron, que de dónde vienes, me apuntaban y pasan todas tus huellas [...] Estuvimos unas 5 horas y fuera. (Adriana, comunicación personal, 28 de febrero de 2022)

La narrativa de Adriana profundiza en sus intentos de cruce, así como en las acciones que debían realizar en caso de ser detenidas. A pesar de que Adriana, al igual que las otras mujeres migrantes, lograron cruzar hacia el vecino país, es importante resaltar el cúmulo de

emociones y sentimientos que desencadenó en ellas, la tensión de cruzar sin documentos, expuestas a diversos riesgos, como lo señala Adriana, quien dice haber sentido temor, inseguridad, frustración y tristeza. Elementos todos importantes desde la perspectiva interpretativa de la antropología médica, en la medida en que estas experiencias permiten comprender las formas en las que han venido construyendo sus PSEAP.

Luego a la segunda vez [...] era una bardota y los estaban cruzando con un lazo. Ahí sí sentí miedo, porque dije, ¿cómo me voy a trepar en el lazo? ¿cómo le voy a hacer? Pues subieron 2 y cayeron, y prendieron las luces. No sentí ni que fuera real eso, porque nada más estaba así la barda y unos tubos, y unas casas hacia adentro, y pues subieron a 2, primero los hombres, porque íbamos como 8 [...] Y ya luego cuando sentimos, ya la patrulla iba de este lado. Y pues ya, otra vez, nos agarraron, y otra vez las huellas [...] Ese día ya nos dejaron hasta la tarde, [...] encerrados, y no más nos dieron un jugo y un pan [...] “Esta es la segunda”, nos decían, les daba risa.

Igual salimos, agarramos un taxi y para la casa otra vez. Ese día como que me sentí frustrada, desesperada, sí lloré [...] Ya cenamos y me sentí como más relajada, más tranquila, ya había llorado. Ya después nos dijo, “mañana salen temprano” [...] Ya pasó el carro [...] Ya esta vez fue diferente, porque pasamos donde había trabajadores, como de una mina, porque pasaban carros grandes, y luego más adelantito ya pasaba la policía, ahora sí que de migración [...] Caminamos, nos fuimos adentrando y nos pararon unos hombres y le dijeron al que nos llevaba “¿cuánta gente traes?” “Pocos, 8” [...] “¿Y en las mochilas que traen?” Unos llevaban agua, pues como era corto el camino, no cargábamos mucho [...] Entonces nada más llevábamos agua, unos sueros, y nada más. Y sí nos revisaron. (Adriana, comunicación personal, 28 de febrero de 2022)

La violencia, los asaltos, la incertidumbre, la espera, el cansancio e incluso la posibilidad de ser abandonada durante el cruce son situaciones presentes en estas experiencias. Como lo manifiesta Adriana:

Seguimos caminando, pero dice [el coyote] “vamos a tener que esperar hasta el turno de la noche”. No llevábamos comida, y pues ya él habló, que en tal lugar le dejaran comida [...] Nos quedamos, y sí, ya al poco rato [...] ya llevaba [...] como 5 o 6 pollos rostizados, hartas tortillas, chiles, y ya luego comimos [...] Ya luego caminamos, cruzamos por un panteón [...] Ya amaneció, nos dejaron un rato descansar [...] Ya luego caminamos, ya estaba queriéndose oscurecer cuando íbamos en un terreno baldío grandísimo.

Ya después de ese terreno estaba la carretera [...] estaba pegadito a la frontera. Ya estábamos adentro, de repente prenden la luz [...] Nosotras ya cansadas. Igual, empieza a gritar el coyote, “¡corran, corran, escóndanse!” Decía yo, ¿qué hacemos amiga? ¿dónde nos escondemos? Y me dice, “pues ni modo”, estaba un matorral grandote [...] Pues ahí, ahí nos vamos a meter. Pues sí, nos tapamos con las sudaderas [...] negras y lo que Dios diga. Nos

quedamos un tiempo ahí [...] Ya se oscureció y nosotras ahí tiradas. Pero pues el helicóptero no nos vio porque hubiera llegado luego la patrulla, nos quedamos ahí.

Luego oímos que gritaban, “muchachas, señora” [...] ¿qué hacemos amiga? ¿le decimos que acá estamos o que tal que sea otra persona? Y pues si ella se paró y dijo “¡aquí estamos!” Ya el muchacho dijo “por lo menos ustedes porque los otros no los encuentro, ya me regresé hasta el panteón y no hay nadie” [...] No más quedamos nosotras dos [...] Ya luego nos dijo, “ya la hicieron muchachas, ya la hicieron”, ¿por qué? “Porque ya las voy a llevar a la casa donde las están esperando” [...] Empezamos a caminar porque todavía nos quedaba la mitad de ese terreno. (Adriana, comunicación personal, 28 de febrero de 2022)

La precisión con la que Adriana recuerda su experiencia habla de las memorias que permanecen de ésta, al mismo tiempo que permite conocer y/o identificar los condicionantes estructurales que han participado de las decisiones de esta población y que inciden tanto en sus modos de vida, como en sus PSEAP, destacando en este caso los factores conductuales y psicológico-sociales.

Ya en la casa, nos dice el muchacho, “en esa esquinita, es como un cuartito [...] ahí métanse, ahorita el señor viene por ustedes”. Ya se veía que había mucha gente, reían, bailaban. Nos quedamos ahí, pero ya teníamos el gusto de que estábamos adentro. Ya como a las 2:00 de la mañana fue que llegó el señor [...] “Ya pásense para acá, para que no tengan frío [...] Se deberían de bañar [...] porque al rato salimos temprano” [...] Como a las 6:00 de la mañana él ya tenía su camioneta afuera, donde trasladan los caballos. Ese día si nos fuimos ahí. Ya nos fuimos al rancho, ya subió el caballo. “Ahora sí, échense una peinada, póngase este chaleco”, nos dijo a las 2.

Ya llegamos a la casa, a Phoenix, [...] “¿Entonces va para California? Que creen, yo creo que para California las vamos a mandar para la otra semana”, hay, ¿por qué? “Porque están los retenes bien fuertes, ya nos echaron para atrás a 3 [...]” Ya nos dicen, “¿quién va a pagar, o a quién le vamos a hablar?” Pues a mi cuñado [...] Yo le dije, ¡pero no manches! cómo otra semana [...] Me dijo el señor, “háblale a tu cuñado, dile que ya estás aquí”. Y si, ya le hablé, al esposo de mi hermana. Me dijo mi cuñado, “¿dónde estás? No manches, otra semana sin saber nada”.

Bueno, es que ya estoy aquí [Phoenix] pero yo quería ir a California, “¿pero con quién te vas?” Le digo, con mi amiga, con la que vengo [...] Y dice, “sabes que, si ya estás aquí, quédate aquí”. Yo le dije, ¿qué hago? ¿qué digo? No pues, “si te quedas aquí a ver cómo le hacemos, y ahorita busco quien nos preste el dinero”. Yo también dije, no, tanto sacrificio. Estar aquí y que ahorita nos vamos y nos regresen, y ella [su amiga] si se esperó 8 días para estar en California [...] Luego ya mi cuñado esperando que le dijera [...] y le digo, sí, ven por mí. (Adriana, comunicación personal, 28 de febrero de 2022)

Por otro lado, el reconocimiento de estas experiencias también permite distinguir la presencia de las redes sociales que participan de la reproducción de estas prácticas, pues

como ha sido señalado en los diferentes casos, cada mujer migrante ha recibido apoyo de sus familiares para financiar el cruce hacia Estados Unidos. Aunque ello implica un posterior endeudamiento, que genera también tensiones, presión y una inmediata necesidad de trabajar estando en Estados Unidos. Como ocurrió en el caso de Adriana, quien después de 3 intentos y 2 semanas llegó a Phoenix, con una deuda de 100 mil pesos que debía cubrir a su cuñado, amigos y vecinos.

El Retorno Forzado Estando Embarazada. Los 2 años que Adriana estuvo trabajando en Estados Unidos, permaneció en Phoenix, Arizona. Su regreso se dio porque a su esposo lo deportaron y tomó la decisión de regresarse con él.

Pues ahora si fue porque a él lo agarraron en una redada. Ya no más me marco, “estoy en la cárcel, me van a dar 5 días de castigo y me echan para México”. Me dice, “¿te vienes o te quedas allá?” Pero yo también decía, no, ¿cómo me voy? Pues me daba miedo. Porque voy embarazada, llevó mi niña, la más grande, la traía yo todavía. Entonces yo dije, ¿qué hago? Ahora si me sentía yo sola, y pues sí, él tiene familia [en Estados Unidos], pero yo no. Ahí estaban sus tíos, sus primos, pero no es lo mismo, y pues yo dije, me voy, me sentí yo sola. Dije, pues bueno, ya me armé de valor y agarré mi pañalera y mi niña, y ya me vine. Agarré como una *urvan*, y ya me trajo a la frontera. Ahí me esperaba [su esposo] en la frontera. (Adriana, comunicación personal, 7 de septiembre de 2021)

La inseguridad y el temor que Adriana vivió durante su experiencia para llegar a Estados Unidos se revive al momento de pensar en su retorno, pues ante la deportación de su esposo consideraba que no tenía las condiciones para permanecer en el país del Norte. El sentimiento de sentirse sola la empujó a tomar la decisión de regresar, sobre todo considerando que estaba embarazada y tenía otra hija. La experiencia migratoria de Adriana, aunque corta, significó importantes cambios en su ciclo de vida (de soltera a unida con hijos), al mismo tiempo que su permanencia ocurrió en un contexto de vigilancia permanente por parte de las autoridades migratorias.

Erasto. Reclutamiento de Migrantes Indocumentados. Sobre la trayectoria migratoria de los hombres tenancinguenses entrevistados, aunque cada una es singular, se relacionan con problemas de salud y de deportación. Para Erasto la principal razón para irse a Estados Unidos fue económica, sobre todo la preocupación de no poder pagar una carrera universitaria a sus hijos. Otra razón señala era el anhelo de que su familia no viviera tanta pobreza y necesidades como las que él vivió. Cuando se fue para el vecino país tenía 39 años

y sus hijos las edades de 13, 12, 10 y 6 años, respectivamente. Erasto contaba que su decisión de migrar fue consensuada con su esposa.

El 20 de febrero de 2004 nos reunimos ahí en la terminal como 40 personas. Llenamos un autobús entre todos, de Tenancingo a Toluca. Llegando a Toluca ya habían comprado los boletos para irnos a los Mochis [Sinaloa], nos fuimos 30 en un autobús y otros 30 en otro. Llegamos el 21 [sábado] como al medio día, esperamos en la terminal hasta que llegó el coyote a recogerlos y nos llevó a su casa. En la casa permanecemos sábado, domingo y la mitad del lunes, que, porque iban a llegar más personas, que nunca llegaron. Ellos mismos consiguieron bicicletas y con bicicletas nos subimos al autobús de lo que fue de los Mochis a Sonorita [Sonora].

Llegamos a Sonorita el martes 24, a las 6:00 de la mañana, e inmediatamente a conseguir agua y alimentos porque a las 2 horas de llegar ahí agarramos taxi que nos ayudaron a cruzar la frontera, metiéndonos en el desierto ahí, en toda la frontera. [...] Ahí comenzamos a andar en bicicleta, fueron 3 días y 2 noches la primera vez. Llegamos a Phoenix y conforme íbamos llegando nos iban metiendo a un lugar, o especie de bodega, en un rancho en donde guardan herramientas. A los 15 minutos llegó la migra diciendo “somos amigos” y nos dijeron que nos quitáramos los zapatos, y fuimos saliendo descalzos, nos hicieron sentar y se pusieron a registrarnos a cada uno, tomar huella, fotos [...] Nos subieron en una camioneta y ese mismo día nos sacaron en 2 horas a Nogales [Sonora].

Nos metieron en un hotel y al otro día a primera hora volvieron a comprar los boletos para ir de Nogales a Sonorita, e igual, de nuevo conseguir bicicletas, conseguir todo y nos tardamos un día más. Volvimos a intentar. [...] Las bicicletas, las 2 veces las dejamos ahí en el desierto [...] Ya luego el coyote nos llevó hasta Stockton [California], fueron como 14 horas y luego nos tuvo encerrados en un sótano toda la noche [...] En la mañana cuando amaneció nos dio de comer y nos llevó al lugar donde íbamos a trabajar. (Erasto, comunicación personal, 5 de noviembre de 2021)

Fue al segundo intento que Erasto pudo cruzar la frontera. Desde que salió de Tenancingo hasta que llegó a Stockton pasaron 10 días. Los gastos fueron cubiertos por el empleador con el que iban a llegar a trabajar en Estados Unidos. Fue poco a poco que el empleador les iba descontando lo que pagó por su traslado.

Retorno Forzado por Problemas de Salud de Migrantes Adultos. Los 16 años que Erasto permaneció en Estados Unidos estuvo en el Valle de San Fernando, California, hasta su retorno definitivo. Solo los 3 primeros meses permaneció en Stockton (California). Regresó a México con 56 años, el 25 de septiembre de 2020, a causa del derrame cerebral que padeció allá. Él comentaba que algunas personas le ofrecieron apoyo de vivienda y manutención para que se quedara, sin embargo, señalaba que le daba «vergüenza» que le

siguieran dando, además de que quería ver a sus hijos, hermanos y primos. Se puede decir que su retorno fue forzado ante su problema de salud, independientemente de que ya tenía planes de regresar y se empezaba a preparar para su vejez en México.

Cuando me dio el derrame cerebral, le faltaba un año al hijo menor para que terminara su carrera. Una vez terminaran la carrera todos, trabajar 1 o 2 años más para hacerme un futuro para mí [...] Sabía que mi familia no estaba ahorrando, que no estaban guardando, entonces pensé, 1 o 2 años y no mandar nada. Ya tenía mi cuenta en el banco allá y llegué a tener hasta 3 mil dólares. Dije, cuando llegué, en 2 años, giro el dinero para México a nombre de mis hermanos, pero son para mí. Había pensado en mi vejez de esta manera, pero la enfermedad me obligó a venirme. (Erasto, comunicación personal, 5 de noviembre de 2021)

Erasto emigró a una edad productiva, aunque tardía para trabajar en Estados Unidos, con un ciclo de vida en el que ya estaba casado y con 4 hijos. Su trayectoria migratoria tuvo consecuencias en su salud física particularmente ante su desarrollo laboral, como un modo de vida, que priorizó, dejando de lado el cuidado de su salud por considerar que los servicios de atención en Estados Unidos son muy costosos.

Norberto. El Cruce por el Cerro. Con el paso de los años, la migración fue formando parte de la historia de los tenancinguenses y las vivencias se fueron transmitiendo de una generación a otra. Norberto señalaba que él no emigró por cuestiones económicas, sino que las historias que escuchaba de uno de sus tíos, de su estilo de vida y actividades realizadas en Estados Unidos fueron los motivos por los que se animó a irse para vivir su propia experiencia. A pesar de que aún era menor de edad, decidió irse en enero de 1992, con el consentimiento de sus padres.

Es que él [su tío] sabía el camino porque vivió ahí en San Diego, California [...] Él me decía que “vivía y trabajaba ahí en Chula Vista y que venía cada 8 días a Tijuana, a echar cerveza, luego me regresaba como si nada [...] Al otro lado me recogían mis amigos con los que venía”. Él caminaba, lo recogía y se iban otra vez [...] Esa vez nos fuimos de Tenancingo en camión hasta la Ciudad de México, y luego agarramos avión hasta Tijuana.

No podíamos cruzar, 8 días así, ya no teníamos ni dinero [...] Queríamos pasar por el cerro y nada que pudimos [...] En esa primera semana intentamos pasar 2 veces, pero nos agarró la migra, nos tomaron los datos y luego nos devolvieron para México [...] Entonces mi tío le marca a uno de sus mejores amigos, le dice: “ya voy para allá, llego el sábado”, y era un jueves. “Aguántame, te voy a mandar dinero para el hotel” [...] Le dice mi tío, “el coyote nos estafó”. [...] Entonces, a lo último salió que ni el dinero, ni nos cruzó, ni nada.

Así que llegó el sábado, llegó el amigo de mi tío, nos llevó a Tecate, ahí tiene una casa, y dice, “yo me tengo que ir, yo te dejo en tu casa [...] báñate, te dejo dinero, y te voy a

conseguir yo otro coyote, si, para que te cruce, [...] y él va a bajar el domingo en la noche, porque ahorita está ahí en San Diego”. Dice, “si quieres más dinero yo te mando, tú sabes que conmigo no hay problema, eres casi mi hermano, entonces, tengo que echarte la mano”. [...] Al otro día nos regresamos para Tijuana [...] Salimos como aliviados, después de echarnos un baño perrón, luego porque nos trajo esa ropa de allá de Estados Unidos. Nos sentíamos seguros. Ya que le marca al coyote, dice, “ya estoy aquí, los veo en tal lugar”. Y sí, si nos cruzó este coyote, llegamos a Chula Vista.

Fue una mala experiencia para mí porque realmente entre caminar, entre el monte, y el «friaso», porque en ese tiempo hace un frío tremendo [enero]. Y que córrele porque ya viene la banda de acá de México, y si cruzas por el otro lado está la migración. [...] Por ese lado, pues sí, fue una mala experiencia. Pero ya estando allá, pues digo, para mi todo fue bonito [...] Estuve una semana ahí en Chula Vista, ya de ahí nos llevaron a Los Ángeles para poder agarrar el avión a Homestead, Florida, pegado a Los Cayos, a radicar ahí. (Norberto, comunicación personal, 21 de julio y 19 de noviembre de 2021)

Fue al tercer intento que Norberto y su tío lograron pasar, tardando alrededor de 20 días desde que salieron de Tenancingo y hasta llegar a Florida. En ese lugar llegó a vivir con su hermana y su cuñado, siendo este último quien cubrió los costos del viaje, incluyendo el coyote. Fue un préstamo por cerca 3 mil dólares, dinero que Norberto pagó a los 5 meses de haber estado allá.

La Experiencia de Deportación Después de Dos Décadas de Empleo en el Norte.

Durante los aproximadamente 21 años que estuvo Norberto en Estados Unidos no regresó a México, hasta que lo deportaron en 2013.

Me deportaron porque yo en el año 1999 tuve un problema de que me agarraron borracho. Yo choqué, saliendo de mi casa, me echaron los de migración. Entonces se metieron conmigo y yo firmé mi deportación, la primera deportación. Me dieron un tiempo para salir de 8 días. De hecho, me llegó la carta para ir a la Corte, pero yo no fui, yo no asistí. Entonces yo no me salí del país, y me agarraron en el 2013, ahí fue donde me agarraron otra vez. La ICE ya fue a mi casa a agarrarme directamente a mí. Pero en el lapso que yo estuve allá, ya fui a Cortes, le pagué todo al Estado, fui a lo del alcoholismo [...] Estoy bien, prácticamente, o en pocas palabras, yo digo que estoy bien, le pagué todo al Estado. La multa que era como 2,300 dólares, no sé porque, ni me acuerdo ya, hace mucho tiempo. (Norberto, comunicación personal, 21 de julio de 2021)

En el caso de Norberto, cabe decir que, los modos de vida y las prácticas adoptadas en Estados Unidos tienden a colocarlos en situaciones de riesgo, ejemplo de ello es conducir en estado de ebriedad. Esta situación impactó en su procedimiento de deportación, pero

también en el hecho de permanecer bajo el temor de ser deportado por el reconocimiento de su estatus como migrante indocumentado.

El caso de Norberto fue particular, pues comentaba que mientras permaneció en Estados Unidos no mantuvo comunicación alguna con su familia en México. Fue hasta que dejó de consumir drogas y alcohol cuando tuvo un acercamiento con sus padres, en los últimos años que permaneció en el vecino país. Estas dinámicas permiten distinguir las particularidades de cada individuo, su forma de pensar y de actuar, esto es, el impacto que los modos de vida en Estados Unidos tienen en sus conductas, relaciones y procesos de comunicación con la familia que han dejado en México.

Alberto. Intentos de Cruce por Tijuana y Agua Prieta Hacia Coastesville. Alberto emigró por amistad y no propiamente por cuestiones económicas. Sin embargo, en las siguientes ocasiones su interés cambió, sobre todo después de constatar lo que podía ganar trabajando en el país del Norte. Comentaba que «fue de un día para otro» que decidió emigrar en marzo de 1994 con un muchacho y una muchacha, última que era la novia de su amigo José Luis:

La primera vez fue de Tenancingo a Toluca en taxi, y de Toluca a Tijuana en el camión [...] De allá nos fuimos a esa casa, familia de ella [novia de su amigo]. Después de que llegamos ahí, intentamos cruzar al otro día, porque [...] el coyote no más nos estaba esperando a nosotros para cruzarnos. Fuimos, lo encontramos en la misma terminal y de ahí nos fuimos al cruce [...] Subimos hacia los cerros, para donde está la línea, donde está todo el barandal [...] Ahí queríamos pasar, pero no se hizo [...] Nos agarró la migra. Nos metieron a la casita, nos tomaron las huellas y una fotografía instantánea. Entonces de ahí nos sacaron y nos regresaron, y ya fue el señor por nosotros. Al otro día volvimos al mismo lugar y nos volvieron a agarrar. (Alberto, comunicación personal, 22 de abril de 2022)

Intentaron cruzar por Tijuana, pero los detuvo la migra en más de una ocasión (8, según su testimonio). Durante 3 meses intentaron sin conseguir su objetivo, incluso usaron pasaportes falsos, «pero ni así se pudo, nunca pudimos pasar por Tijuana», dice Alberto:

Entonces de ahí nos fuimos a Agua Prieta [Sonora], a los 3 meses. Ajustamos para los boletos de camión de Tijuana a Agua Prieta, descansamos 2 días, y de ahí ya pasamos. [...] A la primera, íbamos como 30 cabrones, entre mujeres, niños, nosotros 3 y otros más [...] Todos pasamos. Ahí en Agua Prieta cruzamos por un lado que le decían el panteón. Pasamos y llegamos hasta Douglas [Arizona]. Luego llegó una camioneta *vans* por nosotros, y nos llevó hasta Las Vegas.

En ese tiempo ya teníamos nosotros la *green card*, la chueca, ahí mismo nos la hicieron, ya con foto y todo, pero era ilegal, era chueca esa porquería. Entonces de ahí ya nos llevaron al aeropuerto [...] sin revisión, sin nada. Porque no llevábamos ni mochilas, nada, así no más. Nos subimos al pinche avión y fuimos a parar hasta Pennsylvania [...] Fue a recogernos otro carro, otro amigo de él [del amigo], y ya nos llevó hasta el destino donde íbamos a llegar, a Coatesville, nosotros llegamos a la Avenida 5. Ahí fueron mis primeros pasos [...] Ahí permanecí 3 años trabajando en el campo de golf y regresé a México. (Alberto, comunicación personal, 22 de abril de 2022)

Finalmente, fue por Agua Prieta que logró pasar la frontera. Fue el único de la población entrevistada que realizó múltiples intentos en 1994, lo cual pudo estar relacionado con la implementación en ese mismo año de la «Operación Gatekeeper u Operativo Guardián» que buscaba «disuadir a los migrantes de cruzar sin autorización, en primer lugar y, para aquellos que seguían sin inmutarse, alentarlos a cruzar en áreas silvestres más aisladas hacia el este, donde pudieran ser capturados con más facilidad» (Davis, 2019, p. s.n.).

Polleros de Tenancingo y Esposas Administrando Ingresos de Migrantes. El amigo de Alberto fue quien solventó los gastos del cruce. El importe alcanzó casi mil dólares que serían liquidados por Alberto ya que estuviera trabajando. Alberto estuvo aproximadamente 19 años en Estados Unidos, la primera vez que se fue permaneció 3 años, luego por un periodo de casi 7 años su migración fue circular, iba y venía cada año. Posteriormente estuvo otros 3 años, regresó nuevamente a Tenancingo y su última estancia fue de entre 6 y 7 años hasta que retornó definitivamente. Alberto comentaba que siempre que se iba para Estados Unidos era en el mes de marzo y regresaba en noviembre, sobre todo porque en invierno bajaba mucho el trabajo. Como en la experiencia de otros migrantes, también el conocía a coyotes de la misma localidad de Tepetzingo, por lo que decía tener la seguridad del cruce y de conocer el procedimiento.

Ya éramos clientes, ya era a la fija, ya nos mandaban por un lugar [...] Si no era a la primera, si a la segunda, pero de que pasábamos en 2 tiempos era seguro [...] El que nos llevaba ya era de aquí del pueblo. Desde aquí nos llevaba él, un camión contratado para nosotros [...] Íbamos como 40 o 50, [...] puros de aquí de Tenancingo, El Desierto, de Acatzingo, Tepalcatepec, de Ixtapan de la Sal.

Ya nos iba cobrando desde aquí hasta allá, eran 1,200 dólares [en 1997], que ya lo pagaba yo, ya estaba para el viaje, o sea, lo primordial era juntar para el viaje de vuelta [...] Entonces yo ya le mandaba [a su esposa], esto es para el viaje, esto es para el regresó, y así todo el tiempo [...] Llegábamos al hotel, descansábamos 1 o 2 días, dependiendo que decía el que nos cruzaba [...] Nos tardábamos como 3 o 4 días caminando [...] Decía el pollero, “hoy

van, aquí van 20, aquí van otros 20”, pero todos llegábamos aquí al mismo punto. (Alberto, comunicación personal, 22 de abril de 2022)

A pesar de lo anterior buscaban cruzar por zonas tranquilas, menos vigiladas y donde pudieran evitar a los ladrones. Las situaciones de robo, como con otros migrantes no fueron la excepción, por lo que acudían a estrategias para evitar asaltos o quedarse sin dinero, como, por ejemplo, guardar el dinero dentro de sus cinturones.

Pero ya todo iba en los cinturones [...] Hay cinturones que traen costura, ya los descocíamos, le metíamos uno de a 100, de 50 [dólares]. Forrábamos el cinturón de puro dinero. Descocíamos todo un lado, y luego ya veníamos con el zapatero y ya le volvía a meter la costura, y así nos llevábamos el dinero. Pero nunca los dejábamos sin dinero a esos hombres [delincuentes], había que guardarles algo. (Alberto, comunicación personal, 22 de abril de 2022)

Este ejemplo pone de manifiesto los aprendizajes adquiridos durante sus diversos ires y venires entre México y Estados Unidos, así como la capacidad de agencia ante estas circunstancias.

Retorno Voluntario Después de 19 Años en el Norte y de un Accidente. Considera Alberto que su retorno fue voluntario.

Fue mi venida voluntaria, pero antes de eso tuve un accidente allá. Yo ya quería estar con mi familia, pues tengo una hija de 21 años y pues ella todo el tiempo se la pasó sola. Era la única hija que tenía con mi esposa, entonces yo tuve que regresar para estar estable con mi hija, pero ella ya estaba grande. Era como volver a reconquistar a mi hija, sí, porque ella todo el tiempo tuvo todo, juguetes, pero cariño no. O sea, siempre por teléfono [...] Ya de ahí no me volví para Estados Unidos. Ya soy abuelo. (Alberto, comunicación personal, 22 de abril de 2022)

A pesar de su problema de salud en la columna, que lo llevó incluso a requerir del uso de un bastón, Alberto comentaba que su retorno no respondió a esta condición, si no a la necesidad de ver a su familia, sobre todo a su hija, lo que da cuenta de las formas de comprender y construir sus retornos a partir de las múltiples experiencias vividas y de los diversos factores que influyen en la toma de sus decisiones.

Esteban. Problemas de Salud de su Hija, Emigración y Búsqueda de Ingresos. La trayectoria migratoria de algunos tenancinguenses, como ocurrió en el caso de Esteban, tuvo lugar a causa del desempleo en su localidad de origen y la necesidad de sostener a su familia, sobre todo los gastos de salud de su hija.

Estrés, mucho estrés, de no tener trabajo, y la niña casi recién nacida, de meses. Salió un poquito enferma, le estaba creciendo un pie más que el otro, entonces requería como un pañal especial, como con resortes, que no se lo podíamos quitar día y noche. Cada mes iba, me iba subiendo, 100, 200 pesos [...] Entonces cada mes debía tener el dinero, la primera vez 1,500 pesos, luego a la siguiente 1,800, 2,000, y así fue más de un año. Entonces, no tienes trabajo, no tienes esto, no tienes lo otro, y te ofrecen irte, pues me tuve que ir. (Esteban, comunicación personal, 17 de julio de 2021)

Cuando Esteban tomó la decisión de migrar, tenía 18 años. Aunque su esposa no quería que se fuera, en noviembre de 2008 partió con un primo, la esposa de éste y un amigo. Este último era el coyote, quien llegó por ellos hasta Tepetzingo. De ahí se fueron en autobús a Toluca, y posteriormente viajaron en avión hasta Tamaulipas.

Después de llegar a Tamaulipas duramos como 2 días en un hotel. Luego cruzamos todos por el desierto caminando, y tardamos como 5 días. Nos escondíamos a veces en cuevas [...] Después de estos 5 días llegamos a Phoenix. Ya éramos como unas 25 personas las que cruzamos [...] Nos encontramos a la migra, pero logramos enconderarnos. Pasaban también helicópteros [...] De hecho, nos tocó un tiroteo entre la patrulla fronteriza y gente mala que cruzaba droga. Estos narcotraficantes pasaron muy cerca de nosotros, pero no nos pudieron ver [...] Ya estando en Phoenix, llegamos a cierto punto que se llamaba levantón. Posteriormente nos llevaron a una casa. Ahí llegas, se juntan los grupos y esperas a que llegue la camioneta. Íbamos como 12 o 15 personas para Delaware. (Esteban, comunicación personal, 6 de diciembre de 2021)

Corta Trayectoria Migratoria de Jóvenes Deportados de por Vida. Al primer intento Esteban logró cruzar. Desde que salió de Tepetzingo hasta Delaware, fueron entre 13 y 14 días. El costo del traslado fue absorbido por sus hermanos y un cuñado que se encontraban en Estados Unidos, quedando al igual que los otros migrantes con una deuda por pagar de casi 6 mil dólares. Desde que emigró no regresó hasta 2 años después cuando fue deportado, después de haber sido aprehendido en un retén, con un amigo que llevaba droga:

No decidí retornar, salí deportado. Yo necesitaba cosas de aseo personal, no tenía carro. Empecé a pedir raite. Oye amigo, ¿me puedes echar un raite? [...] Fue viernes 13, entonces [...] nadie me quería echar el raite porque todos se iban a ir al baile. Pasó un amigo y me llama y me dice, “oye, ¿dónde estás?” No, pues aquí en mi casa. “Yo también estoy cerca de ti” [...] Oye, ¿no me tiras un raite a la Walmart? Y me dice “sí”. Y pasa por mí.

Pero yo sabía que el muchacho andaba vendiendo droga. Entonces llegando a la Walmart, estaba un retén, y yo le dije, ¿traes droga? Y me dice, “no, nada”. No, si traes, tálala, mejor te la pago, porque imagínate el retén. Y me dice, “no te preocupes”. Pasó, nos paran, “saca tus manos”, saque mis manos a la puerta, “no te muevas de ahí”. Como él era el chofer, le empezaron a revisar todos sus documentos. Regresó y me dice, “no, sabes que, vámonos,

pero nos vamos a ir caminando ya”. Le digo, no, pues, de hecho, yo solo vengo a la Walmart. De la Walmart me va a levantar otro amigo que vive aquí al lado. Dice, “ah, está bien, pues entonces ve a comprar, ahorita nos regresamos”. Bueno, “¿tú ya te vas con tu camarada?” Le digo, sí. (Esteban, comunicación personal, 17 de julio de 2021)

Relataba Esteban que durante el retén escuchó a un policía gritando que los detuvieran, comentaba que los agarraron y los aventaron contra el suelo, los golpearon y esposaron. Posteriormente los llevaron a la cárcel.

Yo le decía, te dije [...] Tenía, pues prácticamente unas 4 o 5 grapas³⁰, que no era mucho supuestamente en condena. Entonces yo estuve ahí con el juez y le dije: ya di la neta, dile que fuiste tú, yo llegando ahí, yo te aliviano [...] Pero pues dame libre a mí, yo llevó 2 años, apenas estoy pagando mi deuda. “Si brother”. Nunca. Entonces ya entrando ahí, me pedían 3,500 dólares para yo salir libre. Para eso, hasta para mi suerte, se me acabó la pila del celular. Entonces yo no tuve como llamarle a mi familia que está allá, de decirle, ¡apóyame!, 3,500 me piden por esto, y esto. Como me quedé sin pila, pues ya nos metieron a la cárcel. En la cárcel estatal de Delaware estuve una semana. Pero si estuvo raro, porque en esa semana te llevan a Cortes. Activaron mucho como lo de psicología, porque yo le decía allá al policía, pues tú tienes mi teléfono, llama a mis contactos y ofréceles droga, y si te dice sí, tráeme droga, la ando vendiendo, pero yo sé que mis contactos te van a decir, pues que no la ando vendiendo. (Esteban, comunicación personal, 17 de julio de 2021)

En su testimonio, Esteban comentó que no tuvo los medios para comunicarse con su familia y pagar el dinero que le pedían para dejarlo en libertad. Específicamente, la narrativa de Esteban precisa las violencias estructurales a las que se enfrenta esta población, y particularmente la relación de dominación y su posición subordinada ante las autoridades y otros actores, como, por ejemplo, la psicóloga con la que pudo hablar, pero que según Esteban: «me llenaba de culpa y me hacía sentir muy mal».

Me llevan con la psicóloga y me empieza a decir, “¿Y tienes hijos?” Sí, una niña. “¿Cuántos años tiene?” Cumplió 3 años. “Oye, ¿pero no la extrañas? No la pasaste con ella”. No pues, de que la extraño la extraño, desde que yo me vine para acá. Pero le digo, por ella estoy aquí. Entonces me empieza a terapiar, “mira, te vas a pasar más de 2 años aquí en la cárcel, y todo, ¿para qué? Para que salgas deportado. O sea, 2 años que te vas a perder de tu hija, la angustia de tu familia, de tus papás, de tu esposa que sabe que estás encerrado, todo eso les va a afectar a ellos”. O sea, me empieza a envolver y me dice, “yo lo que te recomiendo, date culpable”. Te pones a pensar y dices, no, mis papás, mi niña, mi esposa. Pues sí, me doy culpable.

Cuando llegamos a la cárcel me decían, “¿pero qué cantidad llevabas?” No, pues, creo que 3, 4 grapas, 6 ponle. Dice, “eso no es nada [...] eso es consumo personal y se acabó, 3 él, 3 tú y hasta ahí” [...] Muchos decían, “no es nada viejo, no te agüites, 5 años de

³⁰ Una grapa equivale a un gramo de cocaína.

deportación”. Había presos antes de mí, y ahí salían de la cárcel a migración [...] Me llaman, “Esteban”, ¿qué pasó? “recoge tus cosas y sal”. Yo me puse, porque tienes que tener el uniforme cuando salías a Corte. Yo dije, ¿a corte ahorita? [...] Me dicen, “no, regrésate por tu colchoneta y todo”, porque hasta eso, es una celda de 3 por 3 [...] y 3 presos adentro. A mí me tenían en el suelo. El baño adentro [...] Y ya me dicen, “sabes que, ya vas para afuera”. Cuando me regreso por la colchoneta me dicen los demás, “¿qué pasó?” Que ya me voy, nos vemos allá abajo. (Esteban, comunicación personal, 17 de julio de 2021)

La condena de Esteban se asocia también con estas violencias. Como lo señala en su narrativa, haber sido deportado de por vida, según le explican, responde a que el policía que los detuvo procede desde una postura racista y antiinmigrante.

Supuestamente, “la condena no te la ponía migración, que la condena te la ponía el policía que te agarraba”. Y me dicen, “por desgracia a ustedes les tocó uno extremadamente racista”. Pero al otro muchacho que me agarraron con él, al que, si la andaba vendiendo, ese tardó más de un año en llegar [a México deportado]. Estuvo en el mismo lugar que yo [...] y le dieron 10 años de deportación. Mintiendo, porque dio otro nombre. A mí me sacaron, lo que es allá, como tu credencial de elector, matrícula consular [...] Pues me agarraron con eso, y pues soy yo. “¿Vives en este lugar?” Sí, si vivo en esa ubicación. O sea, le digo, tenían bastantes pruebas para [...] si juzgarme por mi acto, pero no para ser de por vida. Ellos sabían que [...] yo estaba limpio. (Esteban, comunicación personal, 17 de julio de 2021)

Eficacia Real y Simbólica del Manejo de la Culpa en la Deportación. Además de la violación a los derechos de Esteban, esta experiencia a la fecha se trata de un recuerdo que lo afecta emocionalmente, tanto por la forma en que lo hicieron sentir, como por el hecho de no haber concretado su proyecto migratorio, por lo que él asume como un error el haberle pedido un favor a su amigo.

Para mí, es mucho lo psicológico que te meten. Entonces, si te dicen, no, era tu papá, que tu mamá, que tu hija, que tu esposa. Yo te recomiendo esto, yo te recomiendo lo otro. ¿Qué haces en ese momento? Cuando sabes que por lo que te fuiste fue tu familia, y que, si te ponen a decir eso de que tu papá se va a enfermar. Y mi papá se enfermó, y mucho [...] Al grado de llegar y decirme mi mamá, “Dios es grande, todavía lo alcanzaste con vida, porque tu papá en estos días estuvo en el hospital a punto de morir”. Porque él no creía que estuviera yo dentro, desde aquí no les he dado motivos para que piensen eso, porque a Dios gracias si me tomo unas cervezas, pero de drogarme nunca. Entonces por el motivo por el que yo estaba adentro, para él fue letal, y se puso muy grave [este testimonio me lo dijo llorando]. (Esteban, comunicación personal, 17 de julio de 2021)

No concretar su proyecto migratorio le generó otros procesos de ansiedad y confusión. Por ejemplo, en la primera entrevista mencionó que por ningún motivo regresaría a Estados

Unidos, especialmente ante su experiencia de deportación. Sin embargo, en la segunda entrevista su postura fue otra:

Si tengo ganas de regresar, al ver la situación de la familia, de la casa en donde vivo y todo, que no está apta para vivir. Si me da ganas de volver y echarle ganas para la casa. Pero también me entra el miedo de que me lleguen a agarrar. (Esteban, comunicación personal, 17 de julio de 2021)

En la última conversación, mencionó: «si tuviera una muy segura para irme, de inmediato lo haría, y no llegar a Delaware, quisiera llegar a otro estado, donde no tenga ni amigos ni familia, llegar solo».

Como se ha visto, cada experiencia es singular, aunque todas coincidentes en cuanto a la presencia de dificultades, riesgos, problemas, violencias y desafíos en las vivencias de cruce de la frontera. Son momentos, como se expresaron en sus testimonios, de estrés, ansiedad, miedo a que los puedan detener la patrulla fronteriza, las inclemencias del clima, las relaciones de poder y conflicto, el hambre y otras situaciones que afectan de una manera u otra sus problemas de salud/enfermedad. A las dificultades durante el trayecto hacia Estados Unidos se suman las de la permanencia en el lugar de recepción, debido a las violencias estructurales, los conflictos familiares, personales, laborales y de diversa índole.

En este sentido, y como lo expresan Zimmerman, Kiss y Hossain (2011), las personas seguirán migrando y lo harán hasta que lo consideren pertinente, aunque ello desencadene un sinnúmero de malestares físicos y mentales como los que en esta investigación se han encontrado. De ahí la necesidad de intervenir en los riesgos de salud y el acceso a los servicios médicos, en cada una de las etapas del proceso migratorio, de tal forma que como lo mencionan estos autores, trasciendan las fronteras.

Prácticas, Relaciones y Redes Transnacionales: «Puros amigos selectos»

Esta narrativa expresada por Erasto no solo es parte de sus recuerdos y memorias, sino de su actualidad, para referirse a los amigos que tiene y conoció en Estados Unidos, que son como sus hermanos, que en todo momento lo estuvieron apoyando mientras vivió y trabajó en California, cuando sufrió su problema de salud, y hasta el momento lo siguen ayudando económicamente. Para Erasto ni siquiera su propia familia lo habían tratado tan bien como las amistades que cultivó en el Valle de San Fernando.

Las redes familiares y de amigos construidas y reconstruidas en el vivir transnacional de la población migrante de Tenancingo entrevistada, desde inicios de 1990, permite observar que su experiencia migratoria fue factible, sobre todo las redes familiares, ya que pueden contar con posibilidades de alojamiento y de trabajo, además de conseguir préstamos de dinero para poder migrar, pasajes de avión y hasta el mismo pago del coyote. Así pues, dentro de los modos de vida particulares de la población de estudio, las redes sociales son como un capital social que las personas migrantes poseen, las cuales les facilita el proceso de migración y reduce los costos y los riesgos de la migración (Riaño y Richter, 2008).

Micaela. Transnacionalismo Familiar. Durante su permanencia en Estados Unidos Micaela conservó los vínculos con su localidad de origen, sobre todo porque su hijo mayor se encontraba allí. Inicialmente la comunicación era desde un teléfono público, luego desde un teléfono convencional de casa y en años más recientes realizaba videollamadas utilizando el teléfono celular. Generalmente se comunicaba con su hijo cada 8 días y le enviaba remesas para construir su casa. Había ocasiones que enviaba entre 200 y 300 dólares cada 15 días. Nunca participó en algún tipo de asociación de paisanos en Estados Unidos o México. Aunque se interesaba por conocer las noticias de México generalmente por televisión en algunos canales mexicanos. De Tenancingo prácticamente mencionaba que no sabía nada. De igual forma, expresó que durante su permanencia en el vecino país no tuvo contacto con otras personas en su pueblo, y tampoco llegó a participar en las fiestas que se realizaban en su localidad.

A su regreso definitivo a México, solamente mantiene contacto con sus hijos que están en Estados Unidos, que son 4, y de los cuales recibe la ayuda necesaria para subsistir, con las remesas que le envían frecuentemente, dándole la oportunidad de viajar a varios lugares de la República Mexicana. Micaela desea regresar a Estados Unidos de forma legal, con la finalidad de visitar a sus hijos y nietos.

Azucena. Vínculos Transnacionales con el Lugar de Origen. Azucena conservó vínculos regulares con México, sobre todo con su familia con quien solía comunicarse telefónicamente. En los últimos años, algunas de sus amigas y conocidas se comunicaban por videollamada y durante el último año de estar en el vecino país lo hacía por WhatsApp y Facebook. Generalmente hablaba con su mamá 2 veces a la semana. Mencionaba Azucena

que contaba con redes personales y de amistad, aunque no participó en asociaciones de paisanos en Estados Unidos o en México. Únicamente enviaba remesas a sus padres en ocasiones especiales, como el día de la madre, el día del padre, en navidad. Cuando tenía la oportunidad lo hacía cada 2 o 3 meses, por un monto de entre 150 y 200 dólares. Adicionalmente, enviaba dinero para ahorrar y posteriormente, como ya se mencionó, construir su casa. Además, seguía las noticias de México y Tenancingo por medio de internet, también su hermana le llegaba a informar algunas situaciones.

De esta manera es posible destacar las circunstancias y el contexto en el que se crean o desaparecen las redes sociales y de amistad. Por ejemplo, Azucena quien mantenía contacto con otras personas y con su familia en el lugar de origen, participaba en las fiestas de la localidad, incluso enviando dinero para estar al corriente con las cuotas de la mayordomía. Cuando regresó a México, menciona que no conservó contactos con amigos de Estados Unidos, lo que permite suponer que los vínculos con el origen se sostienen en mayor medida, que los creados durante su permanencia en ese país.

Mary. Una Infancia Transnacional con Repercusiones en la Salud. Mary, ante su deseo de estar en México y no en Estados Unidos mantuvo los vínculos con su origen, especialmente con su abuela, tías y primas. La comunicación era por teléfono y por cartas. En este caso se distingue el envío de las remesas en especie, pues cuando sus tíos iban de visita a Tenancingo, ella aprovechaba la oportunidad para enviar algunos detalles. Además de ello, sobresale la circulación de las emociones y los recuerdos a través del envío de fotografías. Mary contaba con redes personales y de amistad en México, a quien apoyaba brindando consejos a partir de la experiencia vivida con su esposo. Al igual que Micaela y Azucena, no participó en ningún tipo de asociación en Estados Unidos o México, lo que se constituye en un área de oportunidad para esta población considerando la presencia y organización de estos migrantes en Estados Unidos. Tampoco enviaba remesas, aunque buscaba noticias de su pueblo y se enteraba de algunas situaciones a partir de la comunicación con una de sus tías. Nunca participó en las fiestas de su pueblo.

A su regreso a México, Mary afirmaba que sí conservaba contacto con 2 amigos de la escuela, 2 que eran sus vecinos y con una maestra de sus hijos, con su hija [una hija fue enviada a Estados Unidos] y sus tíos. Menciona que desde que regresó no ha solicitado algún

tipo de ayuda de sus conocidos en Estados Unidos, aunque ella les ha colaborado cuando están de visita y requieren de algún trámite, como actas de nacimiento, CURP y/o incluso el envío de algún producto específico, como mole, por ejemplo.

Adriana. Nuevas Oportunidades de Vida por Medio de las Redes Familiares y de Amigos. El caso de Adriana, como el de otras mujeres entrevistadas denota la presencia de redes de apoyo que, como ya se mencionó, facilitaron el proceso de instalación en Estados Unidos, así como parte del pago de la deuda que ellas o sus familiares adquirieron para el traslado. Estos componentes que participan de la reproducción de las prácticas migratorias trascienden también en el ejercicio de otras experiencias de apoyo, como ocurrió en el caso de Adriana, quien recibió ropa, suéteres, pantalones y ropa interior de personas conocidas en Estados Unidos.

Adriana conservó los vínculos con su país de origen, llamaba a su mamá alrededor de 2 veces por semana, así era como se enteraba de lo que pasaba en Quetzalapa, su localidad de origen. Sus redes personales y de amistad se centraban más en las relaciones de parentesco que tenía con la tía de su esposo y las esposas de los compañeros de equipo de fútbol de éste. Le enviaba remesas a su madre. Cada 15 días le mandaba entre 1,500 y 2,000 pesos, parte de ese dinero era para la manutención de su madre y otra para ahorro. Este dinero le fue útil para mejorar la casa que tenía su esposo en San Antonio Agua Bendita y para comprar algunos muebles. Los contactos han sido principalmente con su familia, y en algunas ocasiones ha llegado a apoyar con los gastos de algunas fiestas, pagando la misa, la banda y/o la comida. La circulación de conocimientos y prácticas de salud se distinguen también en el caso de Adriana, sobre todo cuando solicitó ayuda a su madre cuando iba a nacer su hija, quien le aconsejó sobre los dolores que sentía, y más adelante para saber que remedios utilizar cuando su hija o su esposo se enfermaban. A su regreso a México, Adriana mencionaba que los únicos contactos que conserva en Estados Unidos son los de la familia de su esposo. Ocasionalmente ha recibido ayuda de éstos ante una necesidad específica. También Adriana les ha brindado ayuda cuando lo han solicitado.

Erasto. Contrato Laboral Transnacional sin Intervención de Redes Familiares y de Amigos. Las redes de parentesco y de amistad masculinas de los tenancinguenses fueron construyéndose de manera semejante. Para Erasto, el traslado a Estados Unidos fue

solventado por el empleador con el que iba a trabajar en California, lo que da cuenta de la circulación de noticias sobre los lugares en los que podían emplearse y las prácticas de contratación por parte de los empleadores que requerían de esta mano de obra. En este caso destacan también las redes de apoyo, pues su suegra y hermana le brindaron apoyo económico para la manutención de su familia una vez emigró, en lo que podía enviar dinero. De igual forma, su hermano que se encontraba también en California le ayudó económicamente para comenzar a enviarle dinero a su familia. Erasto contaba que la comunicación con su familia, desde que salió de Tenancingo hasta que llegó a Stockton era vía telefónica: «me iba a la calle con tarjeta, compraba una tarjeta telefónica que daba 30, 40 minutos». No tenía ningún conocido que lo estuviera esperando a su llegada a Estados Unidos.

Mientras estuve en Stockton, mínimo 2 veces a la semana los llamaba, siempre por teléfono. Con mis hijos casi diario me comunicaba con ellos, aunque fuera 5 minutos. Con mis hermanos mínimo una vez a la semana. Cuando salió el WhatsApp ya la comunicación era por videollamada. (Erasto, comunicación personal, 5 de noviembre de 2021)

Erasto comentaba que entre sus redes personales y de amigos en Estados Unidos brindó apoyo moral, especialmente por su participación como servidor de la iglesia: «ayudé a muchos amigos a levantar su autoestima, en darles a entender el valor de los seres humanos que son, en trabajos de sus casas, en trabajos que no me pagaban, pero ayudé mucho, a ver su belleza interior». En Estados Unidos lo ayudaron mucho sus amigos también. Cuando sufrió el derrame cerebral, a uno de sus hijos le faltaba un año para concluir sus estudios, logrando solventar los gastos con el apoyo de éstos. La familia con la que permaneció los últimos años, le brindó comida y no le cobró renta por 16 meses. Siempre envió remesas a su familia, en promedio eran 300 dólares a la semana. Mencionaba que también ayudó en Tenancingo y en Estados Unidos, a personas que le pedían dinero o que estaban pasando por dificultades, a veces personas que no conocía. Siempre estuvo atento a las noticias de México y de su comunidad, las cuales veía por TV Latina y en los últimos años por internet y Facebook. Estando en México le han seguido ayudando, como, por ejemplo, la reparación de su dentadura se la debe a sus amigos y compañeros de Estados Unidos, se trató de un tratamiento que costó alrededor 13 mil pesos.

Desde que regresó, de acuerdo con su testimonio, no le faltó quien le apoye económicamente. La comunicación con sus amigos en Estados Unidos es permanente, algunos le piden consejo y hacen oración. Diariamente les envía por WhatsApp mensajes de ánimo y fortaleza basados en el Evangelio, imágenes o pensamientos que en su percepción Dios le manda. Erasto señalaba que era mayor el contacto que tenía con sus amigos que con su propia familia.

Norberto. Vínculos que se Desvanecen con la Emigración. En su relato, Norberto expresaba que contaba con amigos mientras estuvo en Estados Unidos, y aunque no le apoyaban, él les brindaba, por ejemplo, la oportunidad de trabajar, dado que era encargado del personal en uno de sus empleos. De igual forma, expresó que participó en una asociación para ayudar en las obras de la parroquia en Tepetzingo, para enchapar algunas molduras de oro. Fue quién organizó esta ayuda en Estados Unidos, aunque siempre buscó mantenerse distante de su pueblo, de las fiestas y de su gente en Tenancingo. Nunca envió remesas, con excepción de los últimos años de su permanencia en Estados Unidos, cuando recuperó el contacto con sus padres y enviaba 100 dólares al mes para pagar la luz y el agua de su terreno.

En la actualidad, Norberto conserva contacto con el último empleador que tuvo, además de que tiene una comunicación permanente con su hija que vive en Orlando, Florida y su hijo en Michigan. Esto es lo que refuerza en él el plan de regresar a Estados Unidos, ya sea porque su hija «lo pueda pedir» o como indocumentado. Menciona que no recibe ayuda de sus familiares y conocidos en Estados Unidos, pues no le gusta pedir favores.

Alberto. Lazos Transnacionales. Al igual que en otros casos, Alberto conservó los vínculos con su país de origen, la comunicación era vía telefónica. Contaba con muchos amigos en Estados Unidos a quienes les ayudaba buscándoles trabajo. Aunque no era de pedir favores, acudía a sus redes de apoyo para que le prestaran dinero sobre todo cuando no le había ido bien en la semana. Nunca participó en asociaciones con paisanos en Estados Unidos o México. Cuando llegaban las peregrinaciones al pueblo enviaba dinero para comprar pan, café, arroz y comida. También aportaba económicamente para las fiestas del pueblo y para que su familia tuviera derecho de asistir.

Cuando formó su hogar en México le enviaba remesas a su esposa, 500 dólares cada semana. Tenía contacto con otras personas del pueblo (Tepetzingo), todo por medio de su

esposa. A su regreso, Alberto expresó que aún conservaba contactos con familiares, amigos y compañeros de trabajo en Estados Unidos, lo que da cuenta de la permanencia de los vínculos transnacionales entre uno y otro país.

Esteban. Preferencia por las Redes de Apoyo de Amigos que de la Familia. La importancia de las redes sociales de apoyo se expresa nuevamente en el caso de Esteban, quien recibió apoyo de sus familiares para llegar a Delaware, lugar al que llegó también para estar con sus hermanos. Conservó los vínculos con su esposa, hija y sus padres en México. Algunas veces utilizaba redes sociales como MySpace, Hi5 para ver a su familia a través de la computadora. Procuraba que la comunicación fuera diaria. Enviaba remesas a su esposa, incluso durante el invierno, aunque fueran 50 dólares. No participó en asociaciones de paisanos en Estados Unidos o en México. Mencionaba que no les daba seguimiento a las noticias de Tenancingo ni del país, solamente sabía lo que le decía su esposa sobre su pueblo. «De repente veía Telemundo, pero no más, y me quedaba dormido de inmediato por el cansancio». Durante su permanencia en el vecino país conservó contacto con otras personas en México, y participó en las fiestas del pueblo, de la manera en que lo requirieran. Desde su regreso a México ha conservado contacto con algunas personas en Estados Unidos, sobre todo con sus amigos a quién ha apoyado con trámites específicos, como, por ejemplo, las visas de la tercera edad.

En suma, las dinámicas y los vínculos registrados por esta población coinciden por lo señalado por Riaño y Richter (2008) en cuanto a la importancia de las redes familiares y de amigos transnacionales. Estos apoyos han sido fundamentales para facilitar los procesos de llegada y asentamiento en el lugar de recepción, denotando la presencia de prácticas transnacionales específicas de tipo económico, social, cultural e incluso religioso.

Consideraciones Finales

A lo largo de este capítulo se ha identificado por medio de la evidencia empírica como ciertas dimensiones de los modos de vida afectaron de manera directa los PSEAP de la población migrante, tanto cotidianos como particulares, siendo aspectos que se presentaron en cualquiera de las fases migratorias. Dichas afectaciones repercutieron en situaciones de riesgo que hizo que las personas fueran más vulnerables a registrar ciertos problemas de

salud/enfermedad. Dentro de los modos de vida cotidianos, por medio de las vivencias y experiencias de la población migrante se pudo vislumbrar que una mala alimentación en la niñez pudo ser un factor importante para que algunos de los entrevistados presentaran problemas de anemia.

Los malos hábitos alimenticios que tuvieron en Estados Unidos, las precarias condiciones de trabajo experimentadas en dicho país, al estar aspirando el polvo en el trabajo de la construcción, el trabajo tan pesado, el no portar el equipo adecuado para las actividades laborales, el no realizar algún tipo de actividad física, el alto consumo de bebidas azucaradas, las condiciones adversas en cuanto a un descanso reparador, fueron generadores en algunos migrantes de serios problemas de salud, como altos niveles de presión arterial y colesterol, así como un derrame cerebral vivido por uno de los colaboradores, y accidentes de trabajo. Mientras que, en otro, dolor de estómago, vómito y diarrea. Dichas repercusiones por la mala alimentación en el origen y en Estados Unidos pudieron ser, de igual forma, factores para que al retorno presentaran algunas afectaciones en su salud, como dolores en el hígado, problemas de diabetes, intolerancia a la lactosa, dolores estomacales, entre otros más.

Frente a los efectos del desempleo y la crisis económica en Estados Unidos de 2008, algunos de la población entrevistada percibieron los cambios. A partir de 2008 se intensificaron las detenciones y por ende el número de deportados fue mayor, lo cual no fue ajeno a una de las entrevistadas, dado que deportaron a su esposo, de ahí a que ella haya decidido regresarse de nuevo a México. Durante este tiempo escaseó el trabajo de la construcción, lo cual se redujo considerablemente el envío de remesas de otro colaborador a su familia. Otra colaboradora mencionó que en ese tiempo su esposo que trabajaba en la construcción ya no tenía trabajo, el salario se había reducido de manera considerable, afectándolos de forma importante, siendo también uno de los motivos para regresar a México.

La perspectiva de género fue central para entender la vulnerabilidad en la que se encontraron la mayoría de las mujeres entrevistadas frente a la violencia ejercida sobre ellas en diferentes etapas de la fase migratoria, afectado considerablemente sus problemas de salud/enfermedad. Con respecto a los hombres, permitió reflexionar cómo pudieron violentar sus propios cuerpos al no atender sus problemas de salud a pesar de los avisos que les enviaba

su cuerpo, así como en hábitos y estilos de vida que no ayudaban a preservar un mejor estado de salud.

Dentro de los modos de vida particulares, a nivel estructural, las leyes antimigratorias estadounidenses aparte de limitar laboralmente la población migrante, también los ha perjudicado en cuanto al acceso a servicios de salud por su carácter de indocumentados, hasta el punto de ir a buscar a algunos migrantes a sus lugares de trabajo para deportarlos por no contar con la documentación necesaria para permanecer en el país. Más que una violencia directa, los migrantes viven una violencia estructural que no les permite desarrollarse, en la que tanto ellos como sus propias familias sufren la indefensión, las injusticias y hasta una violencia simbólica, sin que se pueda vislumbrar un mejoramiento de estas condiciones. Como lo menciona Goldberg (2003) en base a las experiencias de los migrantes senegaleses en Barcelona, España, estas condiciones de violencia y precarización laboral impuestas por la globalización neoliberal han repercutido de manera negativa en la salud de los trabajadores, a lo cual se le suma el carácter de indocumentados, y la realización de trabajos que la población autóctona no quiere realizar por la peligrosidad de los mismos.

De los migrantes entrevistados, 2 fueron deportados, evento que en términos emocionales y de salud mental repercutieron la salud de ambos. Aunque tomando en cuenta un nivel más amplio, también fueron deportados 2 de los esposos de las colaboradoras, por lo que ellas tuvieron un regreso voluntario forzado. Sin embargo, este carácter de forzado varió considerablemente en cada uno. Ninguna de las mujeres fue deportada, y ninguna se quería regresar, esa decisión se dio por los eventos que rodearon a sus parejas y su propia salud. Así mismo, las mujeres, durante el trayecto migratorio, están más expuestas a problemas de abuso sexual, como le sucedió a una entrevistada, violencia que como argumentan Pérez Oseguera et al. (2008), no se da solamente durante el cruce hacia Estados Unidos, sino que se puede presentar tanto en los lugares de origen como durante la permanencia en el lugar de recepción, como lo vivieron varias de las colaboradoras.

Es importante recalcar que los ciclos de vida de la población entrevistada durante las diferentes fases migratorias fueron muy variados, pues algunos emigraron siendo muy jóvenes y solteros, mientras que otros a una edad que se puede considerar tardía, con un núcleo familiar construido, en tanto que otros formaron su familia estando en Estados Unidos.

Por otra parte, la edad de la población de estudio también varió considerablemente al momento en el que emigraron y retornaron, yéndose algunos siendo menores de edad. Al retorno, algunos todavía eran muy jóvenes, en tanto que otros ya tenían una edad avanzada, lo cual sugiere que las características de sus modos de vida fueron variadas y primordiales para establecer sus PSEAP.

El transnacionalismo fue fundamental para interpretar los modos de vida y las trayectorias laborales y migratorias de las y los tenancinguenses retornados, así como sus problemas de salud/enfermedad. Al revelar las redes sociales y de amistad que se fueron forjando y sosteniendo, permitió identificar como por medio de éstas las personas migrantes recibieron apoyos económicos y de afecto durante su traslado hacia Estados Unidos, sirviéndoles en cada una de las fases migratorias, y evitando serios problemas de salud mental y hasta físicos.

Por último, los modos de vida aquí analizados permitieron comprender como las trayectorias y experiencias de las 8 personas migrantes entrevistadas, y su entorno, pudieron inducir a que hubiera mayores situaciones de riesgo que afectaran sus problemas de salud/enfermedad. Se ha destacado los modos de vida y las vivencias de las personas migrantes y al mismo tiempo analizado las condicionantes estructurales, locales y transnacionales. Viéndolo desde un punto de vista más global, más holístico. Habiendo analizado los modos de vida de las personas migrantes entrevistadas, en el siguiente capítulo se va a analizar de manera más específica cómo estos diferentes modos de vida pudieron impactar en la salud de la población de estudio, a través de todas las fases migratorias. Dicha interpretación se centrará en el análisis del itinerario terapéutico promovido por las y los tenancinguenses retornados, aplicando el enfoque relacional propuesto por la antropología médica.

Capítulo IV

Itinerarios Terapéuticos y Procesos de Atención y Autocuidado de la Salud de Migrantes de Retorno

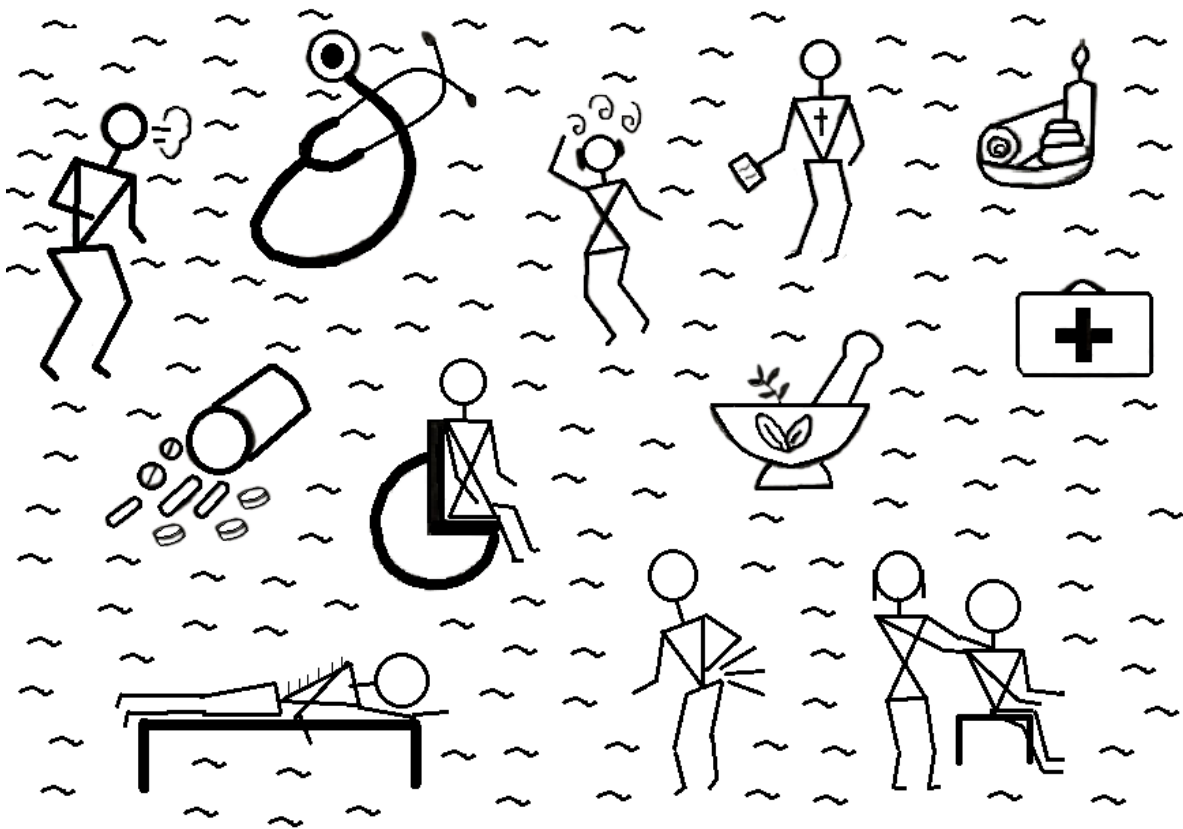


Figura 4

Padecimientos y modos de atención

Elaborado por Macías Suárez Giovanni, 2023

Introducción

Todo fue ocurriendo mediante un proceso. Todo dependió de la alimentación, y por estar trabajando, no iba a hacer ejercicio. Empecé con alta presión poco a poquito, con colesterol, de la misma comida. Poco a poquito se fue elevando el colesterol. (Erasto, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

Cuando yo me junté con mi esposo [...] a los 3, 4 días me dio una patiza. Me pegaba [...] Le tenía mucho miedo. Cuando él me hablaba fuerte, yo comenzaba a temblar, me daba mucho miedo, mucho estrés [...] Después de que me pegó por primera vez, me pidió perdón y yo lo perdoné [...] Al mes o 2 meses, me volvió a pegar, pero más duro, me pegó en la cabeza, me pateó [...] Después con el tiempo, cuando tuve mi cuarto hijo, yo sufría mucha depresión, estrés, tristeza. La depresión era que no quería hacer nada, quería estar acostada, quería morirme, ya no quería yo saber nada. A veces él llegaba después de 3, 4 o 5 días ¿Por qué? Porque ya tenía otra mujer. (Micaela, comunicación personal, 4 de mayo de 2022)

El fragmento narrativo de Erasto hace alusión a los problemas de salud/enfermedad como un proceso, que obedece a un conjunto de acontecimientos que se van entrecruzando a través del tiempo y que posteriormente tienen una consecuencia. Además, enfatiza en el papel de los modos de vida como catalizadores de éstos.

Por otro lado, Micaela habla de la violencia doméstica ejercida por su esposo antes de irse para Estados Unidos, así como de los impactos negativos en su salud física y mental. Como se sabe, se trata de una violencia que ha sido heredada de ideologías patriarcales y que ha generado un importante problema de salud pública en las mujeres migrantes y no migrantes.

Ante las experiencias diferenciadas de Erasto y Micaela acerca del origen de sus problemas de salud y la forma en que los han vivido a través del tiempo, en los diversos escenarios y fases migratorias, es que se adopta el concepto de itinerario terapéutico (Santillanes Allande, 2017; Goldberg, 2003; Pasarin, 2011), entendido como un mecanismo para identificar el contexto en el que se han desarrollado cada uno de los problemas de salud. Por ello, en este capítulo se parte de preguntarse: ¿en qué medida el itinerario terapéutico permite comprender de manera holística y relacional cómo se dan los PSEAP de la población de estudio de acuerdo con sus modos de vida?

Este capítulo tiene como objetivo analizar los PSEAP del grupo de migrantes entrevistados por medio del itinerario terapéutico, desde su propia experiencia, desde su

sentir, desde su punto de vista, tomando en cuenta sus diferentes modos de vida. Es decir, bajo la metodología del itinerario terapéutico se busca identificar los procesos, estrategias y prácticas que se tomaron en cuenta para dar solución a sus problemas de salud, molestias, padecimientos, aflicciones, enfermedades, desequilibrios y malestares, en cada una de las fases de la trayectoria migratoria.

En este capítulo se argumenta que el itinerario terapéutico permite relacionar los PSEAP con los modos de vida que lleva cada una de las personas entrevistadas –referidos en los capítulos II y III–, pues éstos pueden generar distintas situaciones de riesgo y vulnerabilidad que afectan precisamente la salud de los migrantes.

En la primera parte del capítulo se exponen los PSEAP por medio de los itinerarios terapéuticos, bajo un análisis por género y dentro de cada uno de ellos por edad, de mayor a menor –como se efectuó en el capítulo III–, buscando observar el impacto que tienen algunas variables de división social planteadas dentro del enfoque interseccional, además de los diferentes modos de vida que generan situaciones de riesgo entre esta población. Posteriormente se hace referencia al pluralismo médico identificando las diferentes formas o estrategias que utilizaron y utiliza la población de estudio para atenderse los problemas de salud. Si bien se describen en el itinerario terapéutico para cada uno de ellos en particular, lo que se busca es destacar el peso que tienen los diferentes modelos de atención en la vida cotidiana de esta población. Por último, se identifican los métodos de prevención que utiliza la población migrante entrevistada para tratar de evitar o aminorar sus problemas de salud/enfermedad.

Itinerarios Terapéuticos: Construcción Holística del PSEAP

Como argumenta Menéndez (1994), la antropología médica implica el análisis de condicionantes estructurales de un continuo de padecimientos que son inevitables y que hacen parte de la vida cotidiana de todas las personas, es un proceso que involucra el trinomio de salud-enfermedad-atención. Desde esta lógica, en los siguientes apartados se realiza la construcción de los itinerarios terapéuticos de la población entrevistada, con diferentes niveles de especificidad, debido a las limitaciones que la memoria, como recurso propio del método biográfico, impone a la descripción de las narrativas de la población entrevistada.

Los PSEAP Desde las Vivencias y Percepciones de las Mujeres Migrantes

Las mujeres migrantes suelen experimentar desafíos particulares y diferentes a los registrados por los hombres migrantes, de ahí la necesidad de enfatizar en los itinerarios terapéuticos de éstas frente a sus PSEAP.

«Cuando yo me Junté con mi Esposo, fue una Vida, así como Dicen de Perros».
Vivencias e Itinerario Terapéutico de Micaela. Esta expresión la recuerda Micaela para referirse al mal trato que recibió por parte de su pareja desde que se fue a vivir con él. De acuerdo con su relato de vida, en su situación predominó la violencia doméstica y económica, con repercusiones en su salud física y mental que se agravaron con el nacimiento y cuidado de sus hijos.

En Tenancingo: La Violencia Doméstica como Eje Estresor con Efectos en la Salud Femenina. Micaela contaba que de niña presentó padecimientos comunes como fiebre, gripa, dolores de estómago, inflamación de las anginas y dolores de cabeza, problemas que eran atendidos por su mamá (Cuadro 16 y Anexo 1).

Me daba [su madre] Aspirina, Desenfriolito, Cafiaspirina, Mejoralito. Para las anginas me sobaba con VapoRub y otras pomadas [...] No me llevaba al médico porque no había dinero [...] Mi mamá no acostumbraba la medicina tradicional, se inclinaba más por los médicos. (Micaela, comunicación personal, 4 de mayo de 2022)

Si bien algunos de estos problemas de salud pueden llegar a ser comunes a temprana edad, es importante recordar que las condiciones en la que vivía Micaela no eran del todo adecuadas, particularmente en lo que respecta a las condiciones de la vivienda, servicios de agua y alcantarillado y alimentación, lo que pudo influir en que estos padecimientos y malestares fueran más comunes. Micaela mencionaba que cuando tenía alrededor de 11 años presentó un cuadro anémico, acompañado de temperatura, delirios, fatiga y pérdida de apetito. Este problema fue atendido con medicina alópata.

Me llevaron con el médico [en Calimaya]³¹ que era conocido de la familia y dijo que tenía un desarrollo anémico, me mandó vitaminas e inyecciones por una semana. (Micaela, comunicación personal, 4 de mayo de 2022)

³¹ Otro municipio del Estado de México que se encuentra a 45 minutos en auto de Tenancingo.

Comentaba que cuando tenía 14 años su familia percibió un insuficiente desarrollo en su cuerpo, por lo que recuerda: «me llevaron de nuevo con el médico y llevé un tratamiento de 5 días, con los mismos medicamentos que me habían dado la primera vez». De acuerdo con Micaela en ambas ocasiones presentó anemia, sintiendo mejoría de este padecimiento a partir de la atención recibida.

A pesar de los resultados en su salud física, Micaela expresó las situaciones de violencias asociadas, en algunos casos, con el uso y abuso del poder médico, es decir, con la disparidad hegemonía/subalternidad. En su narrativa destaca que el doctor quería abusar de ella. Mencionó que la primera vez que la llevaron iba con su hermana mayor y el médico no permitió que ingresara su hermana al consultorio. Posteriormente le pidió que se quitara la ropa. Micaela se negó argumentando que no le iba a revisar el cuerpo, aunque éste mencionó que era una costumbre la exploración. Ella no accedió y el médico molesto le dio la receta. Este hecho lo comentó Micaela con su hermana, por lo que, en su segunda visita fue ésta quien pidió acompañar a su hermana por ser menor de edad.

Cuando Micaela se unió con su pareja (a los 16 años) empezó a vivir problemas de violencia que tuvieron repercusiones significativas en su salud. En la percepción de Micaela estas agresiones respondían a las creencias de su esposo, quien le reclamaba que cuando se unieron «ya no era señorita», aunque no fuera así. Esta situación expresa la condición de desigualdad por género y la relación de dominación por parte de su esposo.

Me pegaba muy frecuentemente donde fuera, en cualquier parte del cuerpo, patadas en las piernas [...] Yo le tenía mucho miedo. Luego cuando lo veía bien enojado, empezaba a temblar y a llorar [...] No podía salir a la calle porque él me decía que “me iba a ver con otro” [...] Una vez que me tardé en la tienda y que fui a comprarle leche al niño, apenas llego y me reclamó que porque me había tardado mucho, me pegó patada y trancazo, que seguramente estaba con otro [...] Me pegaba en la cara, casi nunca me golpeaba en los brazos, siempre en la cabeza y patadas [...] Estos golpes duraron hasta cuando tenía como 32, 33 años, cuando mi hijo mayor que tenía 14 años ya me defendía [...] Mi hijo le decía a su papá que “si le pegas un trancazo a mi mamá, te lo regreso, porque ella no está sola” [...] A partir de ese momento ya no me volvió a pegar, solamente cuando mi hijo no estaba era cuando si me pegaba. (Micaela, comunicación personal, 4 de mayo de 2022)

Micaela señaló que la violencia le generaba estrés, depresión, angustia y miedo, «aguantar» dice, era lo único que podía hacer ante la violencia psicológica y física que vivió por varios años. La exposición a esta problemática ha sido identificada por el Instituto

Municipal de la Mujer de Tenancingo, señalando que el número de llamadas de emergencia asociados con incidentes de violencia contra las mujeres aumentó de 2019 a 2020, en un 15.0% (Ayuntamiento Constitucional de Tenancingo, 2022).

No iba con nadie, no hacía nada, solo esperaba a que se me quitara el dolor [...] No acudía con nadie porque me daba pena que supieran que él me pegaba [...] Dependiendo del golpe me sobaba la parte del cuerpo que me dolía, sin ponerme nada o me tomaba una pastilla de Cafiaspirina [...] Con frecuencia hacía esto. No tenía a nadie de confianza que me ayudara, solo cuando se daban cuenta mis cuñadas si le decían un montón de cosas a mi esposo. Mi suegra también a veces se daba cuenta y sí le decía muchas cosas a su hijo. (Micaela, comunicación personal, 4 de mayo de 2022)

Alternó a esta situación de violencia, a sus 17 años Micaela presentó dolores asociados con la vesícula biliar, sobre todo después de que tuvo su primer hijo. Este dolor lo padecía con regularidad, especialmente cuando «hacía corajes» y la magnitud que alcanzaba en muchas ocasiones la imposibilitaba para levantarse de la cama. Para ello tomaba pastillas de «Magnopyrol³², Cibalgina³³ y Buscapina³⁴». De acuerdo con su testimonio, estos medicamentos no fueron prescritos por un médico, los tomaba porque la gente le decía que eran funcionales para controlar el dolor. En este sentido, la automedicación se identifica como una práctica que suele ser constante y de la que muchas veces se desconocen o no se crea conciencia sobre los riesgos que implica.

Durante el Traslado: Angustia, Tensión, Nervios y Tristeza como Estresores de la Salud Física y Emocional. Durante los diferentes traslados y cruces hacia Estados Unidos, Micaela vivió experiencias que afectaron su salud física y mental. La primera vez que se fue lo hizo teniendo como factor estresor la hemorragia nasal que presentaba su hijo. En su narrativa señalaba que las experiencias más difíciles fueron las 2 últimas veces en las que intentó cruzar el vecino país (Cuadro 16 y Anexo 1).

³² Medicamento que contiene analgésico, antipirético y antiinflamatorio, muy eficaz para el alivio del dolor agudo y crónico y que actúa a nivel central y periférico. <https://www.fahorro.com/magnopyrol.html>

³³ Se utiliza para episodios breves de dolor en contracciones musculares y dolores relacionados con el tracto gastrointestinal, vías biliares o el aparato urogenital. <https://www.actuamed.com.mx/marca/16534>

³⁴ Medicamento que actúa de manera rápida y duradera en molestias causadas por espasmos o cólicos estomacales, intestinales y menstruales. <https://www.farmaciasanpablo.com.mx/medicamentos/dolor/analgesicos/buscapina/p/000000000041230697>

Cuadro 16*Especificidades del itinerario terapéutico de Micaela*

Trayectoria migratoria/ Itinerario terapéutico	1. Detección del padecimiento/enfermedad	2. Posibles causas del padecimiento/enfermedad	3. Síntomas de acuerdo con las representaciones	4. Tipo de atención de acuerdo con los recursos disponibles y creencias	5. Satisfacción con el tratamiento/cambio del tipo de atención
Origen	Padecimientos comunes.	Condiciones de higiene y alimentarias.	Fiebre, gripa, dolor de estómago, dolor de cabeza, inflamación de las anginas.	Medicamentos alópatas.	Solución de los problemas.
	Anemia.	Mala alimentación.	Fiebre, deliraba por la alta temperatura.	Medicina alópata.	Buenos resultados.
	Violencia doméstica (física, psicológica, económica).	Esposo violento.	Depresión, miedo, estrés, temblores, golpes, heridas.	Sin atención médica. Autoatención.	Padecimientos no tratados.
	Molestias parte abdominal.	Violencia doméstica y enojos.	Fuertes dolores abdominales.	Automedicación.	Se le quitaba el dolor, desconocía el origen.
Traslado	Estrés, afectaciones en el cuerpo.	Traslado peligroso.	Nerviosismo, temblores, tensión, taquicardias, falta de aire, corazón acelerado, hipotermia, posibilidad de parálisis.	Agua y paracetamol. Cobija para el frío.	Sintió mejoría y pudo continuar su traslado.
Recepción	Bronconeumonía.	Cambios de clima.	Inflamación, infección pulmonar.	Medicina alópata.	Buenos resultados.
	Dolor en algunas partes del cuerpo.	Probable falta de una buena alimentación.	Dolor en las rodillas, brazos y huesos.	Años sin atención, luego medicina alópata.	Después del tratamiento mejoró.
	Continuaban dolores abdominales.	Violencia, emociones de enojo y corajes.	Fuertes dolores abdominales.	Extirpación de la vesícula biliar. Medicina alópata.	Buenos resultados.
	Intoxicación en el cuerpo.	Contacto con ropa contaminada.	Ronchas, comezón.	Medicina alópata.	Buenos resultados.
	Tumor canceroso en el estómago.	Mal pasadas de alimentos.	Mucho dolor.	Extirpación del tumor. Medicina alópata.	Quedó débil.
	Presión arterial alta y corazón más grande de lo normal.	Desconocía los motivos.	Se combinaba con los malestares del tumor.	Medicina alópata.	Controlado, medicina de por vida.
Retorno	Problemas emocionales.	Dejar a los hijos en EE. UU.	Tristeza y nostalgia.	Adaptación.	Solución del problema.
	Molestias en la parte abdominal.	Pudo estar relacionado con el tumor canceroso que le quitaron.	Inflamación, dolor.	Medicina alópata.	Controlado.
	Problemas estomacales.	Cambio de alimentación.	Dolor en el estómago, vómito, diarrea.	Medicina alópata, automedicación.	Buenos resultados.
	Dolores de cabeza.	Golpes recibidos por su esposo.	Dolor, zumbidos en la cabeza.	Automedicación.	Controlado.
	Dos veces contagiada de COVID-19.	No identifica en qué momento se contagió.	Dolor de cabeza, fiebre, cansancio, debilidad, dolor en el pecho.	Medicina alópata, automedicación, medicina tradicional.	Buenos resultados.

Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a Micaela.

La tercera vez que me fui para Estados Unidos con mi hijo, sentí mucho estrés, tristeza e impotencia por el sentimiento de mi hijo, el miedo que le provocó esa mala experiencia [delincuentes les robaron sus pertenencias y las cucarachas en el hotel] y que nos hizo regresar de nuevo [a Tenancingo] [...] Ya la tercera vez que me fui para Estados Unidos sola, durante el cruce en Cananea, pasando el alambrado me dio taquicardias, sentía que me ahogaba, que me faltaba aire y el corazón bien acelerado. Me atoré con el alambrado y me caí, y como estaba oscuro pasaron todos por encima de mí, solo buscaba protegerme la cabeza con mis manos [...] Me vinieron a buscar mis compañeros y más adelante llegamos a un rancho, y como yo estaba toda mojada me quería dar hipotermia, ya se me estaba entiesando el cuello, estaba temblando. (Micaela, comunicación personal, 4 de mayo de 2022)

Micaela consideraba que las taquicardias obedecieron a la tensión, los nervios y la acelerada caminata. «Después de las taquicardias, como que me sentía mal, les pedí agua a mis compañeros y me tomé una pastilla para el dolor [...] Ya con eso me sentí mucho mejor y continuamos el camino». Para cuidarse de la posible hipotermia, una señora le prestó una cobija para arroparse y con ello empezó a sentirse mejor.

En Delaware: Las Enfermedades se Van Expresando y Agudizando. Al año de haber llegado a Estados Unidos se enfermó de bronconeumonía a sus 48 años (Cuadro 16 y Anexo 1).

Sentía mucho dolor de cabeza, fuerte temperatura, cansancio, dolor en las piernas, solo quería estar durmiendo [...] En un principio pensé que era anemia, más que nada por lo que había vivido cuando estaba pequeña [...] Este problema lo ignoré al comienzo, pero luego se fue agravando [...] hasta que fui al médico. (Micaela, comunicación personal, 9 de mayo de 2022)

Este padecimiento fue atendido por un médico alópata quien le prescribió penicilina y paracetamol. En Estados Unidos se enfermaba de la garganta y de las anginas con regularidad, especialmente en la temporada invernal. En su percepción, el calor también le afectaba, pues en ese tiempo su presión arterial subía y cuando ello ocurría se enfermaba de las anginas. En sus propias palabras decía:

Me llevaron con el médico y me dieron tratamiento [...] Fui como 2 o 3 veces por esta situación. El resto de las veces ya sabía que medicamento comprar [...] El doctor me mandaba penicilina, pero en pastillas y Tylenol. La penicilina no la vendían en Estados Unidos sin receta, entonces me iba a comprarla a una tienda mexicana. También compraba jeringas, porque no las venden allá. (Micaela, comunicación personal, 9 de mayo de 2022)

Ante la frecuencia en la que presentaba esta condición de salud, Micaela optaba por la automedicación, comprando incluso los medicamentos en tiendas mexicanas donde podía conseguirlos sin restricción. Esta práctica no es ajena a la de miles de migrantes indocumentados en Estados Unidos, como lo señalan González-Vázquez, Torres-Robles y Pelcastre-Villafuerte (2013):

En comunidades con alta concentración de hispanos, los migrantes compran en tiendas y tianguis latinos medicamentos y remedios caseros mexicanos, además de consultar a prestadores de servicios de salud mexicanos que los atienden, incluso, de forma clandestina. (p. 480)

Por otro lado, el problema no atendido de la vesícula se agravó en Estados Unidos. «Ya sabía que tenía problemas ahí, pero no sabía cómo la tenía de inflamada y de grande hasta que me hicieron los exámenes y radiografías». En 1995 la operaron, aunque el nivel de inflamación no permitió que el procedimiento fuera por laparoscopia, por lo que fue cirugía abierta, como ella decía:

Fue muy tormentoso la recuperación de la vesícula, porque me pusieron una sonda y me engraparon la abertura, y luego cuando las quitaban era muy doloroso [...] Me tuvieron que dar pastillas de morfina para el dolor y luego Tylenol hasta que se fue sanando. (Micaela, comunicación personal, 9 de mayo de 2022)

En la vida cotidiana y laboral de Micaela se enfrentó a diversas situaciones, por ejemplo, estrés y tensión para aprender a abrir las oficinas que limpiaba a través de códigos y no con llave, así como afectaciones físicas, como ocurrió en la lavandería de un hotel: «me dio una enfermedad en la piel, me salían ronchas y me daba mucha comezón. Y me decían que era como una intoxicación en la piel porque yo agarraba mucho la ropa sucia del hotel, las toallas». Inicialmente Micaela pensó que este problema de la piel era una intoxicación, ignorando su atención hasta que le dijeron que tenía que ir al médico porque de lo contrario no podía seguir trabajando:

Fui a dar al hospital y me dijeron que era una infección [...] Ahí estuve aislada. Me dejaba la comida la enfermera en la puerta y se iba [...] Nunca supe que problema era, nunca me dijeron [...] Para este problema me dieron medicina exclusiva para la intoxicación y unas pomadas para la piel, y se me fue quitando. Tuve que estar en mi casa recuperándome. (Micaela, comunicación personal, 9 de mayo de 2022)

Entre los padecimientos más graves Micaela mencionaba la presencia de dolores en la boca del estómago, acompañados de sangrado rectal.

Como en el 2014, me dolía, y me dolía y me dolía. Luego después de ahí empecé a estreñirme y luego ya arrojaba sangre, y por eso me hicieron esos estudios. Ya después de ahí me hicieron estudios y me diagnosticaron eso [tumor canceroso]. (Micaela, comunicación personal, 9 de mayo de 2022)

La preocupación la llevó a buscar atención médica. En 2015, los estudios realizados mostraron que tenía un tumor canceroso, que en su percepción pudo haberse originado por «las mal pasadas», es decir, los ayunos prolongados. Aunque Micaela consideraba que esa era la causa, desconoce el origen de su problema pues no recibió información al respecto.

La doctora que me atendió me dijo: “tengo que operarla, pero ya, porque de lo contrario se iba a seguir esparciendo el cáncer”. Me operaron, me quitaron un pedazo de estómago y me detectaron una hernia [...] Los doctores me dijeron: “se tiene que cuidar mucho, mucho descanso”, cosa que no hice porque a los pocos meses me fui a trabajar. (Micaela, comunicación personal, 9 de mayo de 2022)

En el marco de estos estudios le diagnosticaron también su problema de presión alta, descalcificación y agrandamiento del corazón (cardiomegalia). Al respecto, Micaela mencionaba que desde que comenzó a trabajar en Estados Unidos le dolían las rodillas, los brazos y los huesos, la causa de estos dolores también faltos de atención fueron la ausencia de calcio, situación que pudo obedecer a su deficiente alimentación desde niña como un modo de vida que ha repercutido en su salud a lo largo de su vida. Para este problema le recetaron calcio y vitaminas. Para la presión alta, algunos medicamentos que debe tomar de por vida. Con respecto a la cardiomegalia, aunque conoce su tratamiento, al momento de la última entrevista, estando en Tenancingo, no había acudido a revisión de este problema de salud.

De todos estos padecimientos, el problema del tumor fue un parteaguas en la vida de Micaela:

Este si me perjudicó en el sentido de que ya no me permitió seguir trabajando, porque el tratamiento era por 5 años [...] No llevaba ni 3 meses de haberme operado el tumor y me fui a trabajar, y me daban mareos y náuseas, y caí desmayada [...] De nuevo me llevaron al hospital y me recuperé [...] Luego regresé a trabajar y me encontraron en el baño porque ya no me podía ni parar. En esa ocasión parecía que me estaba dando una parálisis facial, se me hacía chueca la boca y me dijo el mánager que ya no me podía seguir dando trabajo, porque estaba muy delicada de salud. (Micaela, comunicación personal, 9 de mayo de 2022)

La condición de salud que registró posterior a su intervención la llevó a tomar la decisión de regresar a México en 2017, aunque ello le ha significado también problemas

emocionales: «mentalmente me da como tristeza y depresión porque pensaba que ya no podía trabajar. Hay no, yo no quiero ser carga para nadie», pues mientras estuvo en Estados Unidos sus hijos solventaron los tratamientos. Además, recibió ayuda del gobierno de Estados Unidos para la operación del tumor. Este procedimiento costaba 40 mil dólares, de los que cubrió únicamente mil dólares realizando pagos mensuales.

A partir de la experiencia de vida de Micaela se determina la relación modos de vida y PSEAP, en la medida en que el cúmulo de desventajas sociales y violencias estructurales en las que ha estado inmersa han resultado en múltiples padecimientos, no siempre atendidos adecuada y oportunamente.

Al Retorno: La Nostalgia, los Estresores y el COVID-19. En cuanto al proceso de retorno a Tenancingo se destaca como principal problema las afectaciones a la salud mental. Para Micaela el regreso a México la afectó emocionalmente mientras se adaptaba nuevamente a su lugar de origen (Cuadro 16 y Anexo 1).

La vida desde entonces ha estado bien [...] Yo he sido muy aislada. Cuando tengo ganas salgo del cuarto y bajo al primer piso, y cuando no me quedo en mi cuarto [...] Por eso tengo un cuarto con lo necesario para no tener que salir [baño, pequeña cocina, lavadora]. Lo que quiero es como estar independiente, un poco aislada, sentir mi espacio. (Micaela, comunicación personal, 9 de mayo de 2022)

Micaela contaba que al retorno vivió tristeza y nostalgia por dejar a su familia en Estados Unidos, aunque en Tenancingo contaba con su hijo mayor. Fue una añoranza temporal previa a su proceso de readaptación.

Recién llegada acudió con un internista en Tenancingo porque tenía dolor en la zona de la que le extrajeron el tumor. En esa ocasión le recetaron paracetamol y fue remitida a una institución de cancerología de la Ciudad de México. Los estudios indicaron que no había rastros de cáncer, aunque estaba inflamada y le detectaron la presencia de miomas.

A su llegada también era frecuente el malestar estomacal, Micaela comentaba que fue por el cambio de alimentación. Para este problema acudía con una doctora, quien le recetaba medicamentos y tés. En otras ocasiones Micaela comentaba que se automedicaba: «compraba los medicamentos que me habían recetado y con eso se me quitaba el dolor».

Expresaba también Micaela que:

En una ocasión me comí un taco de moronga, me cayó mal y me tuvieron que llevar al hospital, porque tenía vómito y diarrea. Estando allá me pusieron suero, me inyectaron y me estuvieron dando medicina [...] Fue mi hijo el que me llevó al hospital, en la madrugada, porque me desmayé del vómito y la diarrea. Tardé 2 días hospitalizada [...] En esa ocasión no pagué nada, todo fue cubierto por el Seguro Popular. Eso ocurrió a fines de 2017 o 2018. (Micaela, comunicación personal, 9 de mayo de 2022)

Para el problema de la presión alta, decía: «me tomo 2 pastillas [20 miligramos, cada pastilla es de 10] diarias ya de por vida». Micaela también mencionó que ha estado presentado dolores de cabeza, lo que en su percepción responde a los golpes que le daba su esposo cuando vivía con él en Tenancingo: «ahora estoy viendo con el tiempo, me dan dolores de cabeza. Hay veces que me agarra un zumbido en la cabeza como si tuviera aquí algo en los oídos».

Como varios millones de habitantes en el mundo, Micaela también padeció COVID-19, en 2022: «sentí dolor de cabeza, fiebre, cansancio, las piernas bien débiles, el pulmón, sentía que me despedazaba, y dolor aquí, en el pecho». Si bien expresó que padeció varios síntomas, comentaba que no se agravó su estado de salud porque ya estaba vacunada. El médico le comentó que su prueba salió positiva, por lo que se confinó en su habitación, siguiendo el tratamiento indicado y los cuidados necesarios.

Como me dolía también mucho el pecho, me ponía mucho VapoRub y me comenzaba a sobar. Permanecí los 15 días ahí en mi cuarto sin salir. Esto me dio en enero [2022]. Mi hijo era el que me llevaba la comida, entraba y me la dejaba en la mesa y salía. Yo mantenía sanitizado mi cuarto. (Micaela, comunicación personal, 9 de mayo de 2022)

Al momento de la última entrevista, 9 de mayo de 2022, le estaba doliendo nuevamente el lugar del que le extrajeron el tumor maligno, aunque ella consideraba que no estaba asociado con el tumor, sino con otra posible situación. Sin embargo, seguía sin acudir a revisión.

El itinerario terapéutico de Micaela refleja los diferentes problemas de salud/enfermedad que ha vivido a lo largo de su vida. Ciertos modos de vida han permeado algunos ciclos de su vida, como fue el haber vivido pobreza estructural desde su infancia, la mala alimentación, las condiciones de su vivienda y de su trabajo. Se trata de diferentes componentes que pudieron generar en ella problemas de salud como la anemia y otras

afectaciones. La automedicación ha sido uno de los recursos a los que ha recurrido para atender sus malestares. Por otro lado, la violencia doméstica que vivió por aproximadamente 17 años de su vida matrimonial ha trascendido en padecimientos mentales y emocionales, así como físicos, pues así lo manifiesta a partir de la forma en la que construye y percibe sus PSEAP.

«Yo Iba Traumadísima de la Migra y no Quería ni Salir». Vivencias e Itinerario Terapéutico de Azucena. El fragmento narrativo de Azucena se relaciona con la difícil experiencia que vivió durante su traslado hacia Estados Unidos. Estando en ese país las secuelas permanecen y se manifiestan en traumas y miedos, particularmente ante el hecho de encontrarse con la migra y/o que la deportaran después de todo el esfuerzo y sufrimiento que soportó para poder cruzar.

En Tenancingo: Violencia, un Estresor Permanente de las Enfermedades Femeninas. Azucena expresó que desde pequeña presentó problemas en los dientes, dolores, caries, pudiendo atenderse después de los 15 años, cuando ya percibía dinero con la empuntada del rebozo. Era su madre la que le brindaba algún medicamento biomédico para aminorar el dolor que le causaba los dientes o las muelas (Cuadro 17 y Anexo 2). De igual forma, mencionó que otro de sus padecimientos frecuentes y prolongados fue la amigdalitis:

Era muy enfermiza de niña, me afectaba mucho el cambio de clima en las anginas [...] Con este problema duré más o menos hasta que tenía 20 años [...] Desde muy pequeña yo recuerdo que siempre usaba suéter. Llegaba de la escuela, todo el día de uniforme, me cambiaba, pero mi suéter siempre. Hasta que un día mi mamá me llevó con un naturista chochero, y ahí fue donde empecé a quitarme el suéter un poco, pero, aun así, si era muy enfermiza. Con cualquier cosita me enfermaba: cambio de clima, el aire, cosas así. Padecía mucho de las anginas, de la garganta. (Azucena, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

Para ello, Azucena mencionaba que desde los 13 años le administraban inyecciones de penicilina: 3 veces al año le surtían de 10 a 15 inyecciones. Esto ocurrió hasta que tenía alrededor de 17 años, cuando su trabajo en la comida económica le permitió acudir con otro médico. No obstante, el tratamiento desencadenó una alergia a la penicilina.

Me dieron otro [tratamiento] más agresivo, de penicilina también, pero ya era lo doble se puede decir. Me hice alérgica a la penicilina. Me empecé a enronchar, hasta ahorita soy alérgica a la penicilina. Si me ponen penicilina no la cuento [...] Dentro de la cocina económica va gente a comer, y cuando me enfermaba me decían: “y luego, ¿qué tienes?” es

que, de la garganta, y tomé penicilina y ahora me enronché toda. (Azucena, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

Otra consecuencia de salud que en la percepción de Azucena le generó este tratamiento fue la gastritis, con dolores intensos, difíciles de tolerar y que le provocaban insomnio y dificultad para trabajar.

A veces ya estaba en el trabajo y me tenía que regresar porque el dolor era muy intenso [gastritis] por los medicamentos que había tomado, y pues la mala alimentación obviamente, porque a veces llegábamos allá a las 9:00 [de la mañana]. Como procurábamos los clientes, entonces ya veníamos desayunando muy tarde, como a las 2:00, y la comida hasta las 6:00 [...] Seguido me venía, ya estaba yo allá y no más me empezaba el dolor bien fuerte, y ya agarraba e iba al doctor. Sabía que no me iba a dar nada, por lo mismo de que era alérgica a la penicilina, era bien difícil que me diera medicamentos. Pero agarraba y me venía y ya mi mamá me daba algo para el dolor, té, o [...] un polvo natural [...] Pero, después, me iba aumentando más [el dolor]. (Azucena, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

Con el diagnóstico de la gastritis, Azucena dejó de tomar la penicilina y para atenderse acudió con un médico alópata, pero los medicamentos administrados no le surtieron efecto. El médico también le prohibió el consumo de limón y demás cítricos, chile, pan y otros productos. Le recetó un medicamento en polvo para la acidez, y cuando se sentía mejor, regresaba a trabajar, sin que hubiera realmente una plena curación.

En las etapas del itinerario terapéutico de Azucena se registra que el problema de amigdalitis no fue atendido adecuadamente. Siendo en la cocina económica donde trabajó Azucena que conoció a una naturista que le pidió acudir a su botica para darle un tratamiento basado en medicamentos naturales. Frente a los problemas de amigdalitis y gastritis, en la percepción de Azucena fue más eficaz la medicina tradicional.

Ella me dijo [señora naturista] “pasa conmigo, y yo te voy a decir algo”. Y me dio una pastillita rojita pequeñita llamada Gastrovita. En ese entonces me costaba 5 pesos el frasco, como con 30 pastillas. Y no más con aceite de oliva con limón en ayunas y en la noche, se me quitó [...] Yo ya no sufro de gastritis, y le puedo comer grasa, ya ve el chicharrón [...] Este tratamiento fue por 3 meses. Me dice la señora, “tú cuando te cortas en la cocina, si tú le echas limón, yo lo he visto, ustedes se echan limón”. Le dije sí, porque así te duele, pero pues te sana bien rápido. Y me dijo “sí, es lo mismo que pasa acá, tú le vas a echar limón, si te va a arder, te va a arder las primeras veces, pero después te va a ir sanando, hasta que se te restaure toda la flora intestinal, todo”. (Azucena, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

Por otro lado, Azucena mencionaba que, en cierta ocasión, trabajando en la cocina económica, estaba trapeando y limpiando la cocina, se resbaló y se cayó, provocándole un

fuerte dolor de cintura. Comenzó a sangrar mucho, pero no era un sangrado por una herida, sino que provocó que se le adelantara la menstruación. Esta molestia en la cintura le causó fuerte dolor y se la atendió con una señora curandera, «ella me sobaba y me ponía ventosas con un pequeño frasco en la parte de la cintura [...] Este tratamiento duró 3 meses y luego fue reposo».

Otro malestar que presentó Azucena antes de emigrar a Estados Unidos fue una depresión postparto, que fue atendida con medicina tradicional. En este tratamiento encontró alivio para ella y su hijo pequeño.

Yo empecé a entrar como en una depresión desde que nació mi primer hijo, como al mes de nacido. Empezamos a tener problemas muy fuertes él [esposo] y yo, entonces me deprimía mucho. Deprimirme de no quiero ver a mi hijo, no lo tolero, algo así muy fuerte [...] eso fue algo bien fuerte que impactó en mi vida [...] yo no quería ver a mi hijo.

Como lo mío fue cesárea, una curandera de acá de San Nicolás me estuvo cuidando durante mi embarazo [...] Al mes regresamos con ella porque me dio [una] depresión postparto muy fuerte, o algo así. Pues a mí, eso me lo curaron. Un preparado muy raro, porque era chilaca [chile] con pulque, cuachalalate y muicle [...] me daba ese preparado, ella misma lo preparaba con yerbas [...] Solo sé que era rojo, llevaba chilaca y pulque y las yerbas.

También el niño se me puso muy mal, por lo mismo de que andábamos, así como mal [...] Pues a mí me dijeron que el niño estaba como empachado, mal de ojo, todo eso. Ella si curó a mi hijo con varias cosas. A mi cuando yo le comenté eso, a mí se me dio mucho el té de diente de león, el de la florecita amarilla [...] Yo lo tenía que hacer en té y tomármelo para la depresión [...] Y fue como salí de mi depresión [...] Esto fue como por 20 días y lo hacía diariamente [el preparado], porque de lo contrario se dañaba [...] A la hora de tomármelo lo colaba. (Azucena, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

Otro suceso que marcó la experiencia de vida de Azucena fue la violencia física que recibió por parte de su cuñado (hermano de su esposo). Siendo esta la razón por la que se fue para Estados Unidos:

Él estaba tomado [su cuñado], por la mañana íbamos a poner un portón [...] Empezó muy agresivo, pero por eso tenemos una casita hasta el fondo, y en la entrada en vez de portón tenía malla ciclónica [...] Y llegó con el más grande [niño] y le aventó la malla ciclónica [...] los niños no más se abrieron a gritos. Agarré y nos metimos, no dijimos nada, sabíamos que estaba borracho. Pero ya por la tarde fue y se metió y si me golpeó. Si me dijo “que no quería que volviera ahí a esa casa. Que, si mi hermano permitía que yo entrara a esa casa, pues le quitaban hasta el apellido, pero que no querían verme por ahí”.

Bueno, yo dije, es que tú estás tomado, ¿qué te hice yo? [...] su agresividad fue tanta que [...] me dijo “que me iba a matar”, y en eso le dije ¿pero por qué? no te he hecho nada.

“No, pero es que dicen que quien sabe que, que tú te crees mucho y que”, cosas así. Llegaron sus hijos y esposa, pero en vez de llevárselo [...] su esposa se me aventó y dentro de mi casa [...] y pues uno de sus hijos si alcanzó a rasguñarme, y pues fue cuando empecé a sangrar en la cara. (Azucena, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

De acuerdo con el testimonio de Azucena, después de ese suceso no regresó a la casa, y pasando poco más de un mes emprendió el camino hacia Estados Unidos. Este acontecimiento generó otro estado depresivo en Azucena, acompañado de insomnio y de una falta de atención que se agravó por la condición de salud física y mental de su hijo, quien después del episodio de violencia presentó un deterioro considerable, dejando de comer y de beber. Situación que desde la postura biomédica significó para Azucena recibir la noticia de «que sus días [de su hijo] estaban contados».

En esas circunstancias, fue una cuñada de Azucena quien le dijo que el niño tenía el mal del espanto y que eso lo estaba «chupando» (palabras utilizadas por la cuñada de Azucena). Su cuñada, quien tenía conocimiento de la medicina tradicional le curó este problema de salud ahí en Tenancingo, logrando la recuperación casi total del niño.

Después de que su hijo se alivió, la depresión no atendida de Azucena se agudizó, pasando del insomnio a la somnolencia, desarrollando un trastorno del sueño. Al igual que le sucedió a Micaela, la violencia fue parte de la historia de vida de Azucena, dejando repercusiones en su salud mental y emocional.

Durante el Traslado: Violación Sexual, Depresión y Miedo en el Cruce Fronterizo.

La depresión de Azucena se agudizó durante el traslado a Estados Unidos ante el estrés que le supuso separarse de sus hijos. Los síntomas depresivos que manifestó fueron somnolencia, llanto constante, falta de apetito y aislamiento (Cuadro 17 y Anexo 2).

Cruzar sin documentos, para Azucena significó exposición a riesgos físicos y mentales, como, por ejemplo, la experiencia de haberse cortado una rodilla con un alambrado dice haberle provocado: «pánico, miedo, hasta el punto de ponerme a temblar, tener escalofrío y temperatura». Frente a este problema de salud, unas compañeras de viaje le ayudaron curando sus heridas con alcohol.

Cuadro 17*Especificidades del itinerario terapéutico de Azucena*

Trayectoria migratoria/ Itinerario terapéutico	1. Detección del padecimiento/enfermedad	2. Posibles causas del padecimiento/enfermedad	3. Síntomas de acuerdo con las representaciones	4. Tipo de atención de acuerdo con los recursos disponibles y creencias	5. Satisfacción con el tratamiento/cambio del tipo de atención
Origen	Amigdalitis.	Cambios de clima.	Muy enfermiza, frío, gripas, dolor.	Medicina alópata. Medicina natural.	Medicina alópata sin resultados. Con la medicina natural mejoró un poco.
	Problemas dentales de niña.	Falta de cuidado de los dientes.	Dolor, caries.	Tratamiento odontológico.	Buenos resultados.
	Gastritis.	Consecuencia del tratamiento fallido contra los problemas amigdalitis.	Dolor en el estómago.	Medicina alópata, medicina natural.	Medicina alópata sin resultados. Se curó con la medicina natural.
	Caída en el lugar de trabajo.	Piso resbaladizo.	Dolor en la cintura y adelanto del periodo menstrual.	Medicina tradicional, tratamiento de 3 meses.	Buenos resultados.
	Violencia física.	Efectos del alcohol en su cuñado.	Heridas, depresión.	Sin tratamiento en el lugar de origen.	Sin tratamiento en el lugar de origen.
Traslado	Continúa la depresión, más la depresión por dejar sus hijos para poder cruzar la frontera.	Violencia física, inconvenientes en el cruce hacia Estados Unidos.	Depresión, estrés, tristeza, pánico, miedo, sin deseos de comer, no comía.	Sin tratamiento en el traslado, aguantar las molestias.	Sin tratamiento durante el traslado.
	Accidente.	Dificultades del cruce.	Herida en la pierna, escalofrío y temperatura.	Atención por algunas compañeras de viaje.	Superó estos malestares.
	Violación sexual.	Vulnerabilidad a la que estaba expuesta.	Depresión más fuerte, sentimiento de culpa.	Sin ningún tipo de atención.	Sin ningún tipo de atención.
Recepción	Problemas mentales por los sucesos ocurridos en el lugar de origen y traslado.	Vulnerabilidad.	Depresión, miedo, sentimiento de culpa, deseos de dormir todo el tiempo.	Después de 6 meses comenzó tratamiento con la psicóloga.	Buenos resultados.
	Problemas en la cintura.	Cargar un niño un poco pesado.	Dolor en la cintura.	En el hospital se dio cuenta que estaba embarazada y en riesgo de aborto.	Tratamiento con buenos resultados.
Retorno	Problemas de salud mental a causa del impacto del regreso de sus hijos.	Retorno a México.	Estrés.	Sin atención.	El paso del tiempo ayudó a que este sentimiento fuera desapareciendo.
	COVID-19.	Manipulación de dinero contaminado y pasárselo por la cara.	Malestar en todo el cuerpo, no comía, tos, ojos rojos, fiebre.	Medicina alópata y medicina tradicional.	La combinación de ambas formas de atención tuvo buenos resultados.
	De nuevo COVID-19.	Contagio.	Malestares leves.	Medicina alópata.	Buenos resultados.
	Estrés.	Problemas en el trabajo.	Enojos, corajes, rabia, dolor de dientes y cabeza, parálisis facial.	Medicina alópata y tradicional.	Buenos resultados.

Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a Azucena.

Los riesgos y vulnerabilidad continuaron en suelo estadounidense, pues estando en la casa en la que la llevaron los coyotes una vez la rescataron, abusaron sexualmente de ella, generándole graves secuelas emocionales. La vergüenza y la culpa la llevaron a tomar la decisión de no comentar esta situación, aunque tiempo después lo hizo del conocimiento de su esposo. Estas múltiples experiencias de violencia se expresaron en traumas, temores y estrés ante la posibilidad de ser detenida por la policía y/o la migra, una vez que se pudo reunir con sus hijos para trasladarse a Illinois.

El sufrimiento, la violencia y vulnerabilidad de Azucena durante su traslado corresponde a las experiencias que viven miles de mujeres migrantes cuando se dirigen hacia Estados Unidos (INMUJERES, 2021), por lo que las particularidades de este caso se insertan en la lógica y las dinámicas del sistema migratorio México-Estados Unidos.

En Illinois: De la Depresión y el Abuso Sexual al Estrés Permanente por la Migra.

Los primeros días de Azucena en Estados Unidos se caracterizaron por el cúmulo de las experiencias vividas que le generaron la depresión, pero también por el miedo y el estrés que le causaba saber que podía ser detenida en Chicago. Luego de varios días comenzó a trabajar cuidando niños, con una dinámica propia ante el temor de salir, incluso cuando, durante el desarrollo de esta actividad, presentó dolor en la cintura luego de cargar a un niño para cambiarle el pañal (Cuadro 17 y Anexo 2).

Entonces yo no quería ni salir, de hecho, yo me encerré, tráiganme a los niños aquí y aquí me quedo bien cómodamente, porque a mí lo que pase allá afuera no me interesa por la migra. Sí me traumó la migra. (Azucena, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

Permaneció 2 días en cama porque no podía levantarse. Con miedo acudió al médico, siendo en esta ocasión que se enteró que estaba embarazada.

Mi esposo me llevó al médico [...] con miedo y todo, tuve que ir porque si me sentía muy mal [...] Ahí mismo me tramitaron la tarjeta médica para la niña del embarazo. Ellos me dijeron, que estaba yo embarazada, “¿que si lo esperaba yo o qué?” Y pues yo le dije pues que no, no lo esperaba [...] En ese ratito me hicieron estudios de sangre, orina, o sea, de todo, hasta del VIH, del SIDA.

Y ya llegó, como una hora después [el médico], y me dijo pues que “no tenía nada, solamente que estaba embarazada”, y pues sí [...] como que el bebé quería salirse, entonces me dieron unas pastillas de blueberry y fue lo único que ellos me dieron, con jugo de blueberry también. Y ya después me dijo que “tenía que tomar una decisión, si quería tener la niña o quería abortarla. Ahorita usted está en riesgo de aborto, y ahorita puede con facilidad

deshacerse del bebé”. Y dijo, “¿pues usted díganos?”. Le dije no, yo quiero tenerlo, y pues mi decisión fue tener a mi hijo. Ahora sí que a la niña. Y pues ya ahí fue que ellos me dieron una tarjeta médica para mí embarazo. Luego me enviaron a una institución que se llama WI, donde me daban vales de despensa. Me daban, lo normal: leche, huevos, sardinas, atún, de todo. Pero con una nutrióloga donde te balanceaba todo. (Azucena, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

En WI Azucena tuvo acceso a los servicios de salud. De acuerdo con su narrativa se trata de un servicio proporcionado por el Estado y del que pudieron tener beneficios su hija recién nacida y sus otros 2 hijos, nacidos en México. Situación que responde a las garantías que ofrece Chicago como Ciudad Santuario.

Cuando yo fui al WI si me sorprendió mucho porque la nutrióloga cuando me estaba llenando los documentos de ella [hija] para yo poder ser portadora de que me dieran alimentos para una buena nutrición para mi bebé, me pregunta –tenía yo los 2 niños en la carriola– “Oiga, ¿y los niños tienen WI?” Y yo le dije no. No pueden tener WI, y me dijo ella “¿por qué?” Le dije porque ellos no son nacidos aquí, le dije ellos son inmigrantes. Ella fue la que me dijo que era una ciudad de inmigrantes, ella me explicó, y que “los niños tenían derecho, solo por ser niños de Illinois, al estar viviendo ahí, ellos tenían derecho a obtener los alimentos”. Ya ahí ellos me dieron para los 3, o sea, ya no fue para mí, sino ahí mismo aplique para los 3 niños. O sea, era para mí porque estaba embarazada y luego para ellos 2.

Ellos te hacen muchas preguntas, la nutrióloga y todos los especialistas que estaban ahí en el WI, y ya calificó para que me la siguieran dando a mí, porque yo la amantaba a ella. Y cuando ella ya, al año, me parece, ya me la cambiaron, ya se la dieron a ella, ya lo tenían los 3 directamente. Eso es hasta los 5 años y medio más o menos, y que ya les vienen quitando eso [...] Los alimentan desde el vientre hasta los 5, 6 años hasta que ellos entran a la escuela, porque en la escuela les dan también igual, o sea, la misma nutrición que nos dan a nosotros, pero esto ya es dentro de la escuela, porque allá les dan de desayunar, les dan de almorzar, les dan todo. (Azucena, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

Durante este proceso de adaptación, la experiencia vivida por Azucena para poder llegar a Estados Unidos se constituyó en un estresor permanente, llevándola incluso a sentir culpa ante el hecho de pensar que le había sido infiel a su esposo, en lugar de distinguir que había sido agredida y forzada a tener relaciones sexuales. La depresión afectó la vida cotidiana y laboral de Azucena.

Consideraba que cuando uno se casa es para serle fiel a su esposo. Me llenaba de culpas al pensar que estuve con otra persona que no era mi esposo [...] Fue involuntario, pero al momento de que pasó no lo veía así [...] Esto se me juntó con la depresión que llevaba antes de venir y solo quería dormir y llorar [...] Esto me afectó laboralmente en el sentido de que no disfrutaba cuidar a los niños ni a mis propios hijos, los cuidaba porque sabía que era mi obligación [...] Lo que hacía era tratar de entretenerlos. Los ratos que tenía libres era dormir

y llorar [...] El problema de la depresión me afectó físicamente porque me encontraba muy delgada, dejé de comer [...] Cuando llegué a Estados Unidos estaba muy flaca. (Azucena, comunicación personal, 14 de diciembre de 2021)

Este problema de salud empezó a superarlo cuando su hijo mayor se incorporó a la escuela, pues la interacción y socialización le favoreció su desarrollo personal. Este proceso se complementó con el acompañamiento psicológico que empezó a recibir 6 meses después de llegar a Estados Unidos.

Azucena señalaba que en la escuela de sus hijos contaban con el servicio de psicología. Cuando la psicóloga buscó identificar la causa del llanto permanente del hijo mayor de Azucena (el que fue violentado por su tío), el silencio de ésta fue su recurso para no faltar a su juramento de que nadie se enteraría de que su cuñado la violentó a ella y a su hijo, además del abuso sexual del que fue víctima.

Azucena mencionaba que después de un mes, ante su silencio la psicóloga los iba a dar de alta. Le dijo: «llévese sus pecados a la tumba, porque para allá va que vuela». Estas palabras rompieron los silencios de Azucena, por lo que empezó a trabajar los sentimientos de culpa que no le corresponden.

Fue ahí donde me puse a llorar y comencé a contarle todo [le contó todo al mes de empezar con las terapias], a pesar de que había jurado de que no iba a decir nada. Me empezó a decir [la psicóloga], por ejemplo, que “si su cuñado le pegó no es por su culpa, es culpa de él que no se sabe que trae en su alma” [...] De hecho, la psicóloga levantó un acta de denuncia sobre mi cuñado por daños y perjuicios al niño, por la muerte psicológica de mi niño [...] Si él se va para Estados Unidos y lo agarran, lo meten a la cárcel, porque hay demanda contra él.

A partir de decirle todo a la psicóloga, ya comencé a descansar, a sentirme liberada. La psicóloga me hizo entender que todas las culpas a que me refería no eran mías. Me decía “que con las personas con las que estuviera charlando debía de decirles las cosas que me han pasado, porque entre más lo hable, se va saliendo y saliendo [...] Y cuando llegue a México el cuñado que le pegó no es nada, ni rencor le va a tener, solo le va a dar lástima por lo que hizo”. (Azucena, comunicación personal, 14 de diciembre de 2021)

Azucena expresó que el problema de la depresión requirió de un tratamiento de aproximadamente 7 años con sesiones semanales, que incluían a todos los integrantes de la familia, así como con visitas de seguimiento por parte de la psicóloga. Por la timidez de Azucena, comentaba que parte del tratamiento consistió en la interacción y socialización con

otras personas, fue así como se integró, por ejemplo, en la sociedad de padres de familia en la escuela de sus hijos, desarrollando actividades que le requerían hablar en público.

Al Retorno a Tenancingo: Sobrellevar los Sentimientos de Estrés de sus Hijos y Enfrentar la Pandemia del COVID-19. Estando de regreso en México, Azucena comentó que no presentó problemas de salud asociados con el retorno o las experiencias vividas en Estados Unidos. Sin embargo, su salud emocional se vio afectada nuevamente cuando su hija de 7 años presentó un ataque de pánico, estrés y ansiedad por estar lejos de su espacio de vida (Cuadro 17 y Anexo 2).

Entre los principales padecimientos que presentó Azucena estando en México fue el COVID-19, cuando aún no había vacunas. La necesidad de generar ingresos y cumplir sus compromisos laborales considera que fueron el motivo por el que se descuidó y pudo haberse contagiado.

Cuando a mí me dio el COVID-19, me dio en febrero [2021]. Yo mando rebozos, entonces tenía que llevar unos y fui a recoger el dinero. Me imagino que no estaba sanitizado, yo había tenido mucha presión en terminar esos rebozos y en entregarlos y todo, y no había desayunado, no había almorzado, eran las 3:00 de la tarde y no había comido nada, por estar en ese estrés de poder cumplir. Voy al banco a recoger otro dinero que me habían depositado también por rebozos y agarré el dinero, iba sudando, sin comer, tenía un estrés, o sea, si estaba estresada y hambrienta. Entonces me quité el cubrebocas y me pasé el dinero por la cara.

Yo pienso que fue ahí que me contagié, porque ahí me empecé a sentir mal. No tan mal, pero sí, un poco diferente. Y ya cuando quería comer, ya no comía, y así me fui. Aguanté, así como una semana. Pero yo si me sentía mal, ya no me quitaba el cubrebocas para nada, y uno de mis hijos si me dijo: “mami, ¿por qué ya no comes?” Y le dije si estoy comiendo. “No, ayer no más te sentaste, te serviste la comida, pero yo te enseño donde está la comida, como ayer me tocaba lavar trastes. Y antier, acá está también otra vez tu comida”, y así me fue diciendo. Le dije si estoy comiendo, y él decía “que no”. Pero si me sentía como mal, y yo creo que, en ese transcurso de incubación, ya llegó el día que la tos no me dejaba, las lágrimas así, los ojos rojos, y todo el día me lloraban. Así hasta que ya no aguanté. (Azucena, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

Azucena expresó que cuando empezó a sentirse mal buscó atenderse tomando té de yerbabuena, manzanilla, eucalipto con canela y jengibre, porque en su percepción, siempre le han hecho mucho bien. Los tomaba a diario, pero no dieron los resultados esperados. Fue hasta transcurrida una semana que le comentó a su esposo lo que sentía.

Ya no sabía ni él que hacer, y fuimos al médico y luego una doctora me dio el tratamiento COVID-19, o sea, me mandaron 6 inyecciones, pastillas de complejo B, ácido fólico, paracetamol para el dolor y otras pastillas que no recuerdo el nombre, una para echar las flemas, jarabe para la tos. Y cuando me pusieron la primera inyección, de hecho, yo ni la sentí, ya estaba muy mal. Entonces mis hermanas, como somos 6 mujeres y 5 hombres, me preguntaban que “¿cómo estaba?”. Mi mamá fue la que me inyectó, y ella siempre está bien pendiente de la televisión, entonces ella se dio cuenta que lo que me habían dado era tratamiento COVID-19. (Azucena, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

Azucena mencionaba que cuando acudió a consulta le hicieron la prueba. Ese día tenía que entregarle unos rebozos a la Lic. Emigdia, cuando ésta se percató de su estado de salud la llevó al Hospital General de Tenancingo, donde no fue atendida porque presentaba saturación adecuada. Ante esta situación acudieron a salubridad, donde tampoco recibió atención por no ser unidad COVID-19. Posteriormente, con los resultados de su prueba fueron con otro médico, quien ratificó el tratamiento que ya había iniciado. Esta experiencia pone en evidencia las limitaciones en la infraestructura y servicios de salud local, particularmente ante situaciones y contingencias, que como el COVID-19 comprometieron la vida de muchas personas.

Este último médico le pidió que se tomara unas radiografías para corroborar que no presentara daño en los pulmones. Así lo hizo y confirmó que estaba bien. Además de los medicamentos, la familia de Azucena recurrió a otras prácticas de cuidado, sobre todo para que pudiera respirar mejor. Fue así como llenaron varios botes con yerbas de eucalipto, con el fin de realizar vaporizaciones.

La única que entraba era mi hija, pero con cubrebocas y desinfectada y todo, fue la única que llegó a entrar al cuarto. Y si me pusieron ramas, le echaban eucalipto, de todo ahí les echaban a los botes esos blancos, los llenaban de agua y los calentaban, los calentaban día y noche, día y noche. Pero todo eso como que me fue sacando la flema de los pulmones, y pues aquí estoy, sin respirador y sin nada, puras cosas naturales. Y pues sí, con puros medicamentos naturales se puede decir. (Azucena, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

El tratamiento alópata duró alrededor de 3 meses, con excepción de las inyecciones que fueron por 6 días. Las vaporizaciones las realizó por un estimado de 20 días. A principios de 2022 nuevamente se contagió de COVID-19, pero los síntomas fueron menores. Regresó con la doctora que la atendió la primera vez, quien le recetó una inyección y con esto salió de la enfermedad.

En 2022, cuando comenzó a trabajar en el Ayuntamiento de Tenancingo presentó problemas de estrés. Comentaba que sentía enojo, rabia y corajes porque su jefa no era precisa con las instrucciones, además de que las esclavizaba demasiado. De acuerdo con el testimonio de Azucena, su jefa nunca estaba en la oficina y las actividades a realizar las indicaba por WhatsApp. Solo la veían cuando tenía que firmar algún documento.

Esa situación no se me hace justo, me toca estar en horarios que no debería. Que el cumpleaños del jefe, nos piden colaboración para eventos en los cuales ni siquiera vamos a estar, ¿se burlan de nuestra pobreza o qué? [...] Todo esto me está afectando, considero que no es justo y me está generando mucho estrés. Desde que comencé a trabajar, quedé con mi jefa de que los sábados y los domingos me los tenía que respetar como días de descanso, porque tengo una vida familiar, tengo que lavar ropa, mis pedidos de rebozo, a lo cual le tengo que trabajar para cuando lleguen las expos [eventos de exposiciones] tenga artículos que mostrar y vender [...] Esto no me lo ha cumplido, me citan a reuniones o eventos los sábados y domingos. En uno de esos eventos mi jefa me estaba gritando por teléfono, que, porque no estaba realizando mi trabajo, de que estaba en otro lado saludando a otras personas que nada que ver [...] Le contesté que estaba saludando al presidente municipal, así como a los artesanos que conozco y que son como mis hermanos.

Casi me pongo a llorar, pero no podía hacerlo [...] Días después mi jefa hizo comentarios con compañeras de que yo hacía lo que quería, que no sabe en qué iba a parar todo eso, de que me debería de enfocar solo en ser servidor público y no en lo mío [ser artesana], que ahora me brinca, ya habla con el presidente directamente [...] Me quedé sorprendida. (Azucena, comunicación personal, 2 de abril de 2022)

Como puede leerse en la narrativa de Azucena, el trabajo como modo de vida, así como la intervención de otros actores en este contexto son elementos que han afectado su salud física y emocional. La tensión emocional la llevó a presentar (fecha de la última entrevista 02/04/2022) dolor en los dientes, hinchazón facial, boca chueca y dolor de cabeza. Ante este cuadro sintomatológico acudió al ISSEMYM a urgencias, el diagnóstico fue parálisis facial a causa del estrés. Las indicaciones fueron lavarse la cara permanentemente con azúcar, realizarse masajes, inflar globos, tomar té para relajar, medicamentos e inyecciones. También, algo que había hecho tiempo atrás, era masticar chicle, porque esto relaja, aconsejado también por la doctora que la atendió.

Mediante el itinerario terapéutico de Azucena se pudo advertir que la mayor parte de sus problemas de salud se dieron antes de emigrar y durante el traslado hacia Estados Unidos, lo cual se retoma como ejemplo para reforzar el argumento de que el análisis de los PSEAP de los migrantes requiere comprender y aproximarse a todas las fases del proceso migratorio.

No solamente es cuestión de enfocarse en los problemas de salud que pudieron presentar durante su permanencia en Estados Unidos y a su retorno, es ver de manera sistémica y holística en el espacio-tiempo el conjunto de circunstancias y escenarios que pudieron influir en los procesos de salud/enfermedad.

En el itinerario terapéutico de Azucena, si bien para algunos padecimientos ha sido funcional la medicina alópata, se distingue que la medicina tradicional ha jugado un papel fundamental en la curación de sus enfermedades, lo que pone en evidencia las particularidades de cada caso en las formas de construir y reconstruir sus PSEAP.

«El Estrés ha Sido el Timón de Mi Vida». Vivencias e Itinerario Terapéutico de Mary. Esta narrativa expresada por Mary visibiliza que su vida –como la de Micaela y Azucena– ha estado marcada por el estrés y la violencia de género, particularmente cuando vivía con su esposo. Fueron numerosos los episodios de violencia doméstica que sufrió Mary mientras vivió en Estados Unidos, y que se prolongan con su retorno a México, porque en su percepción, sus recuerdos y memoria casi no le permitían sobre llevar una vida sin violencia.

En Tepetzingo: Los Miedos y las Enfermedades de la Infancia. Mary contaba que durante su niñez su alimentación era balanceada, sin embargo, la muerte de una de sus tías impactó en su consumo de alimentos, pues dejó de comer por el miedo que sentía (Cuadro 18 y Anexo 3).

El haber dejado de comer lácteos fue debido a la muerte de una tía política con la que tenía muy buena relación, agarré mucho miedo [...] Pero lo que más me traumó fue ver por curiosidad a un señor muerto en un ataúd, con la cara cubierta de golpes, cortadas, y luego vi salir una araña grande [...] De ahí en adelante agarré mucho susto [...] También dejé de comer, comía muy poco y me daban muchas hemorragias por la nariz. Esto me ocurría de manera muy seguida, como entre los 6 y 8 años. (Mary, comunicación personal, 8 de diciembre de 2021)

Para su atención, su madre la llevaba a consultas con el médico alópata, quien le diagnosticó anemia y le recetó vitaminas. Este problema se acompañaba de una constante hemorragia nasal, de la que no tuvo diagnóstico, pues únicamente le indicaron que tomara hierro para su posible recuperación.

Mi abuelita era muy católica y creyente, y en Santa Ana [localidad de Tepetzingo] en ese tiempo una vez al mes hacían misas de sanación [...] Un día cuando me salió mucha sangre

en mi cuarto y se quedó una mancha en el suelo, le dijo mi abuela a mi mamá que “iba a ver una misa de sanación, que me llevaría a misa” [...] Me llevó mi abuelita y me desmayé de tanta sangre que me salió en plena misa, y de ahí en adelante nunca más me volvió a sangrar la nariz [...] Esto me pasó como a los 8 años. (Mary, comunicación personal, 8 de diciembre de 2021)

La medicina alópata no resultó, por lo que acudieron a sus creencias para resolver este problema de salud. De acuerdo con la narrativa de Mary, fue la convicción de su abuela, sus creencias y espiritualidad las que facilitaron su sanación durante una misa a la que acudió, pues posterior a ésta no volvió a presentar hemorragia nasal. Por recomendación de su abuela, Mary siempre tenía un escapulario para su protección.

Otro problema de salud que presentó Mary era el dental, en especial de sus muelas. Su tratamiento requirió de una cirugía con anestesia general.

Me dolían mucho, y según mi mamá era porque comía muchos dulces cuando era pequeña. Los dientes del frente me los tuvieron que quitar cuando tenía como 4 años y no me salieron sino hasta que tuve 11 años, con una cirugía que me tuvieron que hacer porque no podían salir. (Mary, comunicación personal, 8 de diciembre de 2021)

En general, los problemas de anemia y dentales fueron atendidos adecuadamente con la medicina alópata. El trato recibido por los médicos, según lo expresa Mary fue bueno, eran médicos de confianza, que regularmente atendían a su familia.

Durante el Traslado al Norte: La Tristeza, las Culpas y el Deber. Cuando Mary emigró con sus padres para Estados Unidos señalaba que experimentó una tristeza profunda por separarse de su abuela, con quien tenía un vínculo muy fuerte (Cuadro 18 y Anexo 3).

Fue muy triste porque no me quería ir [...] yo le dije [a su papá] que yo no me quería ir porque yo era muy pegada a mi abuela. Bueno, por eso y porque obviamente, cuando uno tiene, o cree uno tener como su vida hecha en un lugar, pues no le gusta moverse. Entonces yo decía, no, es que no me quiero ir, a mí déjame con mi abuelita, váyanse ustedes. “Pero ¿cómo te voy a dejar aquí? Mira, vamos, cuando aprendas inglés, te regresas”. Y yo ¿seguro? “Sí, cuando aprendas inglés te regresas”. (Mary, comunicación personal, 12 de agosto de 2021)

En Carolina del Norte: Violencia Doméstica, Problemas de la Vesícula e Infecciones de Transmisión Sexual. Durante su permanencia en Estados Unidos, después de haberse casado, Mary experimentó múltiples y agravadas situaciones de violencia física y psicológica, que le generaron estrés permanente (Cuadro 18 y Anexo 3).

A la semana de haberme casado me di cuenta de que fue un error, en ese momento tenía 21 años [...] Digamos que yo era su costal de box [...] de tirarme hasta balazos con una pistola que tenía calibre 22 [...] con mis hijos encima [...] Nunca me dio uno, pero si tiraba con la intención [...] Casi me saca un ojo de un golpe que me dio. En otra ocasión estaba acostada con mis niños y llegó y me aventó un candelabro de fierro en la cabeza [...] En otra ocasión me fracturó un dedo [...] Me torció el tabique de una patada [...] Un par de veces me dejó inconsciente. Una vez tenía a mi niña la más pequeña, la estaba amamantando y él llegó tomado y muy enojado. Tomó su rifle y me pegó un cachazo en el pie.

Tengo un hueco en la espinilla del pie [me mostró la cicatriz] a causa de eso. Llegó a sacarme de alguno de mis trabajos a golpes. Y otra vez, como 3 veces llegaba él, me imagino que drogado porque una persona simplemente tomada y enojada no llega al nivel que llegaba él, me desnudaba dentro de la casa y me aventaba para afuera [...] Una vez fue a las 2:00 de la mañana, otra vez fue a las 3:00, la otra vez era como a las 9:00 de la noche. Y las 3 veces pasó en tiempo de invierno, justo cuando estaba la nevada a todo lo que da. De sacarme afuera, después sacar a mis hijos y decirles “¿y dónde está su madre?, ya se fue con alguien”. Y pues mi niño el mayor tenía como 7 años, la primera vez, y en la última tenía como 11 años. Al otro día que se le bajaba la borrachera salía a buscarme [...] Yo me iba para el monte, vivíamos en un área rural, donde había mucho bosque, todo es lleno de pinos, donde se puede encontrar desde un gusanito hasta un oso. (Mary, comunicación personal, 12 de agosto de 2021)

Fueron diversos los episodios de violencia y control que vivió Mary con su esposo. Al respecto decía: «nunca me preguntaba, siempre me decía nada más que las cosas se iban hacer y ya. Él no me decía, “¿cómo vez?”». A modo de ejemplo, la narrativa de Mary permite distinguir que los celos y la desconfianza por parte de su esposo eran los catalizadores de la violencia, colocándola a ella en situaciones de vulnerabilidad, riesgo e incluso de muerte.

En una ocasión cuando veníamos por el estado de Tennessee, todavía faltaban como unas 18 horas para llegar a la casa, e iba yo en el carro, con el teléfono porque mi hermana me había enviado un mensaje de texto [...] y yo le iba a contestar. En eso que mi hermana me manda el texto, yo volteo para el lado, y en el carro de al lado iba un muchacho, entonces, de repente iba yo a voltear para seguir contestándole a mi hermana, y me suena, me pegó con un puño en la boca. Entonces le dije que parara el carro, y cuando paró el carro me bajé. Y sin más, no se paró él para ver si yo estaba bien y nada, se siguió derecho, se fue y me dejó.

Y llego a la gasolinera y me dice una señora “¿qué necesita?”, y ya le dije lo que me había pasado y me dice, “mira, hay un pastor que va para Carolina todos los días. Yo sé que es cristiano, ni modo que sabiendo tu problema no te lleve”.

Él [el pastor] llegaba todavía a una hora más de donde yo vivía. El pueblo en donde yo vivía le quedaba justo de paso. Entonces, ella lo llamó y le dijo el problema que yo tenía. “Yo voy, pero necesito salir a las 9:00 de la mañana, yo no me puedo ir ahora”. Le dice ella, “pues el día que puedas, que va a hacer ella aquí, si no trae zapatos”. Y me dice la señora, “mira, yo te consigo un suéter”. Me consiguió una cobijita para que yo me tapara el frío, porque ya era de madrugada cuando yo llegué ahí. Y el pastor me llevó, y cuando llegué a la casa me puso una golpiza, porque él estaba seguro de que yo me había quedado porque yo tenía a alguien ahí. Yo no salgo ni de mi casa, como iba a tener a alguien en otro estado. (Mary, comunicación personal, 12 de agosto de 2021)

Mary mencionaba que por el trabajo no presentó problemas de salud. Expresó que sentía cansancio, aunque lo percibía normal por las fuertes jornadas de trabajo y la atención permanente a su esposo. Decía también que «tendía a subir de peso fácilmente, y no era tanto por lo que yo comiera, era más bien el estrés, me causaba mucha ansiedad. La relación con él era muy estresante». Mary pensaba que probablemente su esposo la violentaba porque se enteró que la mamá de ésta (de Mary) le fue infiel a su papá: «es como si hubiera heredado ese estigma». La percepción de Mary denota la influencia que las acciones de otros tienen en su experiencia de vida, lo que permite comprender desde su propia reconstrucción, que sus PSEAP se han visto impactados por otros determinantes socioculturales.

También Mary expresó que los episodios de violencia física y psicológica podrían ser diarios. No se podía levantar sin recibir una «regañiza» y no se podía dormir sin volverla a recibir. Al respecto Mary buscó actuar, lo demandó por violencia doméstica y solicitó la custodia de sus hijos, sin embargo, en su testimonio expresaba que el chantaje y las amenazas de quitarle a sus hijos la llevaron a retirar los cargos.

Para atender las heridas y golpes que recibía, Mary encontró apoyo en una compañera de trabajo, con la que posteriormente también perdió la comunicación ante el ejercicio de control y dominación de su esposo:

Tenía una amiga, mi compañera de trabajo, y ella era la que me andaba curando, era mi enfermera en el trabajo [...] Me llegó a enderezar el tabique, luego me daba tecitos, me ponía ungüentos, que si la yerbita de no sé qué. De té siempre me daba que un tecito de flores para los nervios, porque siempre estaba así temblorosa [...] Ella me decía “tómame esto, porque esto te va a ayudar a calmarte, tómame esto para que se te pase el susto”, porque él se presentaba en mi trabajo y en automático me ponía así.

De hecho, una vez que lo vio que me pegó, fue y lo golpeó a él, y fue cuando yo dejé de trabajar con ella, porque él me decía que no me quería cerca de ella, pero pues porque ella le dijo que si él me volvía a lastimar o si no me dejaba de pegar le iba a echar a la policía. “Yo no soy ella que te tiene miedo, yo si le hablo a la policía, yo si le voy a decir las cosas que tú le has hecho”. Y después le perdí la pista. (Mary, comunicación personal, 12 de agosto de 2021)

Mary contaba que casi nunca fue al médico porque estaba amenazada por su esposo, le decía que si iba ya sabía la que le esperaba. No obstante, presentó varios problemas de salud que la obligaron a ir. Uno de ellos fue que la operaron de la vesícula, cuando tenía alrededor de 28 años.

Fue un dolor instantáneo [...] Mi cuñada [esposa de su hermano] que vivían en la Florida tenía muchos dolores en la vesícula, pero allá no la operaban porque era menor de edad y sus padres no estaban [...] Los llevé a Carolina del Norte, a mi casa, estuvieron varias semanas y ahí si se pudo operar la vesícula, acompañándola yo en su recuperación [...] Más adelante, a mi niña menor le dio un virus muy fuerte, estuvo hospitalizada varios días, y el médico no aseguraba que pudiera sobrevivir, estaba bastante mal [...] Mi esposo no quiso llevarla al hospital, me dijo, “llévala tú, es tu hija”. Él fue solo al segundo día, con los demás niños todos descuidados, con la misma ropa con la que los había dejado, sin comer, sin bañarse [...] Llegó también a verla mi hermano con los ojos llorosos. A diferencia de mi esposo y cuñada que venían muy contentos.

Esto me causó mucho coraje, yo pensaba que algo no estaba bien, pero no pregunté nada [...] Luego mi esposo me dijo “que ya se tenía que ir porque tenía cosas que hacer”, y más me enojé, pero no dije nada [...] Luego me llama el hermano de mi esposo, y me pregunta “¿qué pasa con mi hermano, por qué llega a toda hora a su casa con tu cuñada?”, y le dije que no sabía. Esto me provocó más enojo, pero tampoco dije nada [...] Después de esos sentimientos, tipo 11:00 de la noche, sentí muchas ganas de vomitar y comencé a vomitar algo amarillo y de repente me sentí mareada y cuando desperté estaba en urgencias, porque me habían encontrado desmayada en el cuarto.

La enfermera que iba a ver los signos vitales de mi hija me encontró tirada en el piso. Me dijo que “posiblemente era la vesícula pero que tenía que ir un familiar para que diera el consentimiento de hacerme varios estudios antes de decidir si me operaban o no”. Llamé a mi esposo y me dijo “que le hiciera como pueda porque no tenía tiempo de atender mis tonterías” [...] Dije que no tenía a nadie que me diera el consentimiento y me regresé de nuevo al cuarto de la niña. Como a las 3:00 de la mañana me volvieron a encontrar desmayada y de nuevo me llevaron a urgencias [...] Cuando desperté ya eran las 5:00 de la mañana, pero me despertaron con medicamento porque no me podía despertar. Y me pregunta el cirujano “¿qué si ya estaba lista?”, y le digo ¿por qué? “Porque me iban a operar a las 2:00 de la tarde”. (Mary, comunicación personal, 2 de abril de 2022)

Cuadro 18*Especificidades del itinerario terapéutico de Mary*

Trayectoria migratoria/ Itinerario terapéutico	1. Detección del padecimiento/enfermedad	2. Posibles causas del padecimiento/enfermedad	3. Síntomas de acuerdo con las representaciones	4. Tipo de atención de acuerdo con los recursos disponibles y creencias	5. Satisfacción con el tratamiento/cambio del tipo de atención
Origen	Problemas dentales.	Posiblemente el comer mucho dulce.	Dolor.	Medicina alópata. Extracción de los 2 dientes de adelante y años después cirugía.	Buenos resultados.
	Anemia.	Dejar de comer por la muerte de una tía política y ver un muerto en un ataúd.	Miedo, susto.	Medicina alópata.	Logró recuperarse.
	Hemorragias por la nariz.	No se pudo determinar la causa.	Mucho sangrado, en varias ocasiones se desmayaba.	Medicina alópata, misa de sanación.	Después de una misa de sanación se curó.
Traslado	Problemas emocionales.	Irse para Estados Unidos y dejar a su abuela.	Tristeza.	Ningún tipo de atención.	Ningún tipo de atención.
Recepción	Violencia doméstica extrema: física, psicológica y económica.	Posible estigma porque la madre de Mary le había sido infiel a su esposo, contexto que conocía el esposo de Mary.	Golpes, patadas, heridas, probabilidad de aborto, estrés, nervios, ansiedad, miedo, tembladera.	Medicina alópata, atención de una amiga, medicina tradicional.	De algunos problemas físicos logró recuperarse, de lo mental no.
	Infecciones de transmisión sexual.	Su esposo tenía relaciones sexuales con otras mujeres.	Muchos deseos de ir al baño, ardor, sangrado.	Medicina alópata.	Buenos resultados.
	Extirpación de la vesícula.	Lo relaciona con las emociones, por los corajes con su esposo.	Dolor repentino, vómito, mareos, desmayos.	Medicina alópata.	Buenos resultados.
	Problemas emocionales.	La salud de su hija que padecía asma, alergias y problemas cardíacos.	Estrés, ansiedad.	Ningún tipo de atención.	Ningún tipo de atención.
Retorno	Problemas emocionales originados en Estados Unidos, sumado a nuevas afectaciones emocionales y psicológicas.	Violencia doméstica en Estados Unidos, la responsabilidad de sostener a sus hijos, problemas con su hijo.	Estrés, depresión, ansiedad, tristeza, temor de que regresara su exesposo.	Algunos padecimientos sin atención, acostumbrarse a que su exesposo no estaba, hacer conciencia, tomar té, mezcal, trabajar mucho.	En algunos aspectos tuvo mejoría.
	COVID-19.	Probable contagio con turistas extranjeros.	Alta temperatura, dolor en el pecho, vómito.	Medicina alópata y medicina tradicional.	La combinación de ambos tipos de medicina fue importante para la curación.
	Diabetes.	Probablemente por tanto estrés, preocupaciones.	Mareos, desmayo.	Medicina alópata y medicina tradicional.	La combinación de ambos tipos de medicina fue importante para la atención.

Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a Mary.

De acuerdo con el testimonio de Mary, no supo de la operación hasta que se le pasó la anestesia, le tuvieron que poner morfina para soportar el dolor. La operaron por medio de la técnica de laparoscopia.

Desperté como a las 5:00 de la tarde y el único que estaba era mi hermano. Estaba llorando y me decía que “lo que sea que te vaya a decir Gabriel [esposo de Mary] o Lupe [esposa del hermano de Mary], que se quedara tranquila, porque él se iba a quedar con ella” [...] Ya con lo que me dijo mi hermano no tenía que decir nada, era obvio de que Gabriel y Lupe andaban juntos. (Mary, comunicación personal, 2 de abril de 2022)

Mary relataba que el problema de la vesícula fue por tantos «entripados juntos». Fue la decepción, el coraje de que cuidaba a su cuñada como su hija porque era menor que ella. Decía que fue un fin de semana en el que vivió muchos corajes.

Otra de las ocasiones por las que acudió al médico en Estados Unidos fue por ITS, como lo narra Mary, la infidelidad y falta de protección de su esposo la colocaron en diversas situaciones de riesgo, comprometiendo su salud, su trabajo, el cuidado de sus hijos, y en términos generales su vida. Todo ello, además en un contexto de indiferencia y falta de apoyo por parte de su esposo.

Fui internada 2 veces por infecciones vaginales que él me pegaba por andar con otras mujeres. O sea, no solo era violencia, era también la infidelidad constante, porque lo mismo le daba agarrar a una mujer de su casa con su familia, que una prostituta. Estuve a punto de morirme, porque la primera vez me la detectaron a tiempo y me hospitalizaron, tuve que estar internada 2 días. En la última estuve 6 días en el hospital, y estuve 12 días en mi casa, ya padeciendo la enfermedad.

Empecé así nada más como con muchas ganas de ir al baño. Salía del baño y 5 minutos después regresaba. Yo no podía tomar nada ni comer nada, yo me estaba matando de hambre a parte de la infección que tenía, porque cualquier cosa que entrara por la boca salía en cuestión de luego, luego. Cuando definitivamente vi que no iba para nada bien, le dije a él [esposo], llévame al médico. “Ah no, ahí están las llaves del carro, vete si puedes”. Ok, pero cuídame a los niños, seguro me dejan salir luego, luego. Y me dice, “aja”. Y me fui. Llegando al hospital me toman los signos vitales y ni 5 minutos pasó cuando la enfermera llamó al médico de guardia en la sala de emergencias. (Mary, comunicación personal, 12 de agosto de 2021)

Fueron 2 ocasiones en las que Mary presentó infecciones vaginales graves. Actualmente ella tiene conocimiento de las secuelas de esta enfermedad, pues así lo hizo de su conocimiento el médico cuando acudió a revisión:

“No juegue con su vida nunca. ¿Tiene hijos?” [le dijo el médico] Sí, 4. “Por eso, no debe de jugar nunca con su vida. En el momento que usted vea que se pone así otra vez, porque esto le va a volver a pasar, sino hoy, dentro de 10 años, o quizás dentro de 20 años. Lo que tiene ya no se la va a quitar”. Y le digo, ¿por qué? “Deje que le traiga los resultados de los exámenes y le digo porque”.

Y sí, era una enfermedad que él me había pegado. Entonces, por ejemplo, padecía mucho de herpes, por lo mismo. Esa fue una, la que me pegó esa vez y la del papiloma humano. De hecho, tengo bastantes por lo mismo de que él me pegó. Me llevó los exámenes y me dijo “tiene que hablar con él [esposo], porque él tiene que someterse también a unos estudios”. Pero no le dije porque llegó a verme al hospital hasta los 2 días de que yo estuve internada. Llegó a verme y llegó borracho con uno de sus amigos [...] Y ya no le dije que tenía que hacerse esos estudios. Porque lo primero, bueno, cuando salía embarazada, lo primero que me decía era “búscales el papá, porque mío no es”. Decía yo, chihuahua, no puedo respirar sin tu permiso y quieres que me meta con otro, y salir embarazada, no inventes. (Mary, comunicación personal, 12 de agosto de 2021)

El estrés que experimentaba Mary también era mayor ante la situación de salud de una de sus hijas, quien tenía problemas cardíacos y era alérgica a varias situaciones: al polen, olores nuevos, polvo de libros, entre otras circunstancias. Todos los problemas de salud en Estados Unidos, con excepción de la violencia doméstica extrema fueron diagnosticados por médicos alópatas.

Durante los 16 años que permaneció casada con su esposo y viviendo en Estados Unidos, lo hizo bajo un permanente problema de salud emocional y física. La violencia en su vida fue una constante limitación para su participación en otros espacios fuera de su hogar, pues, aunque pudo trabajar, lo hacía bajo la vigilancia y la dominación de su esposo. El carácter de indocumentada de Mary pudo haber sido un componente de desigualdad estructural, pues al buscar acceder a la justicia en Estados Unidos, Mary se encontró con la incapacidad de actuar ante este tipo de situaciones, dejándola en un escenario de vulnerabilidad y de peligro.

Regresar a Tepetzingo: Estrés, Contagio de COVID-19 y Autocuidado. Mary expresó que al retorno presentó otras afectaciones emocionales y psicológicas vinculadas con la deportación de su esposo y la libertad que su hijo mayor encontró en Tenancingo, un contexto muy diferente al que estaba acostumbrado en Estados Unidos (Cuadro 18 y Anexo 3).

Fue muy difícil porque llegué sola, con mis hijos. Mi esposo en ese momento todavía estaba en el centro de detención, porque el deportado fue él. Todavía tardó como un mes para llegar acá. Nosotros llegamos el 16 de julio y él llegó el 16 de agosto. Y pues traíamos 2 niños adolescentes, una niña de 11 años y la otra niña de 7 años. Y me fue muy difícil porque el niño era el mayor, iba a cumplir 15 años y pues era varón.

Si yo no lo decía que hiciera algo, él no lo hacía [en Estados Unidos]. Y de repente encontrarse aquí, que si no tiene carro puede salir, pues allá, pues si no tienes carro no sales. Y de repente llegar aquí y darse cuenta de que todo lo tiene al alcance de la mano, fue muy difícil, porque empezó a conocer gente mayor que él que andaba en drogas, lo que se ve comúnmente en lugares así. Y empezó a salirse de la casa, sin permiso, no le decía a nadie a donde iba. Se perdió el control con él, y más pues cuando vio que yo estaba sola, que no estaba, como la autoridad de su papá. Él le decía, “oye, no está bien, no hagas eso”, era muy difícil. (Mary, comunicación personal, 12 de agosto de 2021)

Cuando el esposo de Mary llegó a Tenancingo, el control por parte de éste siguió hasta que decidió dejar a su familia. Emocionalmente, aunque Mary decía saber que era lo mejor, también se sentía confundida y afectaba por la situación y la experiencia vivida.

Otra cosa que me afectó fue la decisión de su papá de haberse ido, eso también fue un golpe bien duro [...] Cuando él llegó como que empezó a salirse mucho a la calle. Los primeros días decía que necesitaba buscar un ciber porque necesitaba ponerse en contacto con gente de allá porque quería regresarse. Primero porque no le gusta vivir en un pueblo, no es gente de vivir así, entonces se le hacía muy poca cosa vivir aquí, y más tener que trabajar todo el día para prácticamente ganar nada [...] Entonces empezamos a tener problemas, yo todo el día tenía que pasar [...] metida en la casa trabajando, cuidando de los niños y más que eran 4, pequeños todavía.

Cuando no tenía que cocinar, tenía que lavar, y así. Y él quería que yo tuviera tiempo para él. Entonces era muy complicado, porque aparte había que atender cosas de las escuelas. Como eran nuevos [...] porque como eran niños americanos que no tenían documentos aquí, entonces tenía que dar vueltas, mucho proceso. Después, por mi hijo me enteré de que él se estaba poniendo en contacto con una mujer, entonces le pregunté que qué pasaba, me dijo “que solamente estaba buscando ayuda para regresar”, y dije, ok, está bien. Y seguimos, pero seguíamos teniendo problemas.

Fueron un montón de confusiones. Son como decisiones obligadas. Quieres irte, pero sabes que no es lo mejor. Pero sabes que alguien va a decepcionarte de ti, y es con quien se supone que vas a vivir el resto de tu vida [...] Ya sé a lo que voy, pero algo mejor tiene que haber en el camino. O sea, yo sabía que estando en Estados Unidos nunca me hubiera liberado de él, no tendría la paz que tengo ahorita si me hubiera quedado allá. (Mary, comunicación personal, 12 de agosto de 2021)

A pesar de la ausencia de su esposo, Mary seguía experimentando estrés y vivía con miedo ante el hecho de pensar que él regresaría a hacerle daño. Como puede observarse en

el itinerario terapéutico de Mary, su salud mental no la priorizó, pues no recibió atención o acompañamiento psicológico para ello, sobre todo porque sus padres no tienen conocimiento de la situación que padeció por años en Estados Unidos. A pesar de ello, dice haberse sentido liberada cuando su exesposo se unió con otra mujer a la que también empezó a violentar.

Al respecto, expresa haber encontrado en la separación de su esposo un: «descanso moral de no tener quien te esté humillando, quien te esté golpeando, quien te diga que no sirves para nada, como que ese descanso». Aunque también vivió situaciones de conflicto al preguntarse: «¿qué hice? ¿para qué me vine?» sobre todo por los problemas que empezó a tener con su hijo, con conductas y diferentes vivencias entre las que perdió la vida. La tensión y depresión de Mary se complejiza ante el estrés de sostener económicamente a sus hijas y otras situaciones, como, la decisión de su hija mayor de unirse con un joven, la muerte de un tío muy cercano a ella y el reciente fallecimiento de un hermano, quien murió en Estados Unidos, en manos de la policía.

Frente a esta situación, Mary comentaba que una forma de atender estos malestares fue acostumbrarse a que no estaba su exesposo y dedicarse a trabajar para entretenerse y cansarse. Ha seguido tomando té, así como mezcal, porque siente que la relaja cuando comienza a recordar esos sucesos.

El trabajo es como mi mejor medicina, el estar haciendo algo me entretiene y no estoy pensando en otras cosas [...] Me gustan esos trabajos fuertes por eso, porque no solo te distrae de pensar en lo que te hace daño, también te manda a dormir, en cuanto sientes la cama, adiós. (Mary, comunicación personal, 16 de mayo de 2022)

A principio del año de 2020, Mary se enfermó de COVID-19:

En enero de 2020 dejé de trabajar en Malinalco, porque comencé a sentirme algo enferma. Empezó con unos compañeros que tuvieron una gripa muy fuerte y que coincidió con la llegada de mucho turista extranjero a Malinalco, sobre todo de Estados Unidos. (Mary, comunicación personal, 16 de mayo de 2022)

Un mes después de haber estado en contacto con unos compañeros aparentemente contagiados, comenzó a sentir varios malestares más fuertes:

Tenía 40 grados de temperatura, mucho dolor de cabeza y mi mamá me dio unas pastillas para que se me quitara la fiebre, y como vio que no se me quitaba, me llevó al médico [...] Dijo el médico que “si no me traen me hubiera convulsionado en la casa y no me hubiera levantado por la temperatura que tenía y porque mis pulmones estaban a punto de colapsar”,

de ahí el dolor que también tenía yo [...] Me inyectó para que me bajara la fiebre [...] En ese rato me puso 3 inyecciones con medicamentos diferentes. (Mary, comunicación personal, 16 de mayo de 2022)

No se puede concluir si Mary se contagió de COVID-19, porque en ese momento apenas iniciaba la propagación de los primeros casos en América. Sin embargo, los síntomas que presentó corresponden con los que padecieron esta enfermedad.

Me recetó paracetamol [...] Para los anticoagulantes primero me dijo que tenía los pulmones bien congestionados, me mandó unas cápsulas de gel, y esas pastillas me las tomaba y me ponían peor. (Mary, comunicación personal, 12 de agosto de 2021)

Además del tratamiento médico, la madre de Mary le preparaba té y le realizó vaporizaciones para descongestionar los pulmones, sintiendo mejoría con el pasar de los días. Este proceso de recuperación, de acuerdo con lo mencionado por Mary, tardó alrededor de 20 días. Casi todo el tiempo permaneció en cama y tomando medicamentos. Posteriormente por otros 20 días, aunque ya no permanecía en cama, siguió tomando otras medicinas como la aspirina.

No tuve una especie de cuarentena porque no se sabían aún los protocolos que se tenían que tomar para esta enfermedad. Si me levantaba me caía, si comía lo vomitaba [...] Mi desayuno era un atole o un té, y la comida una sopa [...] Me daban mucho suero [...] Desde que estaba en Malinalco tomaba mucho té de jengibre con cáscara de naranja y limón, y que me relajaban muy bien [...] Lo estuve tomando mucho mientras tenía el COVID-19 [...] Pero al parecer el jengibre me estaba bajando la presión, y ya me estaba tomando los té de naranja y limón, a lo cual le agregaron piña y guayaba. (Mary, comunicación personal, 16 de mayo de 2022)

Ante el desconocimiento de la enfermedad y de su tratamiento, en el caso de Mary, fue un tratamiento combinado entre la medicina alópata y la tradicional lo que permitió su recuperación efectiva.

Otro padecimiento que le detectaron a Mary, en 2020, fue la diabetes:

Estaba trabajando [en la ferretería en Monterrey] y empecé a sentirme como muy mareada [...] veía como muchos puntitos blancos [...] y me desmayé. Después mandaron a traer un médico de las Farmacias Similares que estaba a un lado del trabajo y con una bolita de algodón con alcohol hizo que me despertara, mandándome a descansar y que en 2 horas me veía en su consultorio [...] Le dijo el patrón “que no, que ellos tenían un médico particular y que iba a ir con él”, pero le dijo el médico de la similar “que el que la había visto era él, que fuera porque era importante medirle el nivel de azúcar y ya después si la querían llevar con el otro médico no había problema” [...] El médico de las similares me tomó el nivel de azúcar

y estaba disparado [...] Me diagnóstico diabetes, pero leve, pues era la primera vez que me pasaba eso. (Mary, comunicación personal, 16 de mayo de 2022)

A los 2 o 3 días de haber sido diagnosticada, Mary tenía que medir nuevamente el nivel de azúcar. En esa ocasión acudió con el médico particular de su trabajo, quien le comentó que seguía con un nivel un poco elevado, le recetó unas pastillas por un periodo de 3 meses (no recordó el nombre), bajo la instrucción de que «las dejara de tomar si sentía que ya no las necesitaba».

Ya después de 3 meses la dejé de tomar, y ya cuando regresé a Tepetzingo mi mamá comenzó a darme unas semillitas [moringa]³⁵ que compró en el mercado con los naturistas, que son para nivelar el azúcar y son muy amargas [...] Cuando el azúcar está muy alta, la semilla se siente dulce, y cuando está normal es como amarga [...] Me tomo una diaria en ayunas [...] Me había dicho el doctor “que posiblemente ese problema era por tanto estrés”. Me dijo, “usted está bajo mucha presión o tiene algo que le preocupe”. (Mary, comunicación personal, 16 de mayo de 2022)

A partir de los comentarios realizados por el médico, Mary interpreta que las experiencias vividas con su esposo en Estados Unidos, así como el fallecimiento de su hijo y de su tío, además de la pelea con su hija, fueron todos en su conjunto los detonantes para el problema de la diabetes. En todas estas situaciones de salud, Mary considera que tanto la medicina alópata como la medicina natural le han servido para mejorar su condición.

«Tristeza, Frustración, Depresión e Inconformidad». Vivencias e Itinerario Terapéutico de Adriana. Esta expresión la recuerda Adriana para referirse a las emociones que experimentó al haberse hecho responsable desde pequeña de actividades que no le correspondían. Además de que, en su juventud, cuando empezó a trabajar su madre le exigía que le entregara el dinero que percibía. En ambos casos se trata de sentimientos que trascendieron en sus problemas de salud/enfermedad.

En Tenancingo: Inconformidad, Remedios Caseros y Trabajo Infantil y Juvenil. De acuerdo con el testimonio de Adriana, los padecimientos que presentó durante su niñez y su juventud antes de emigrar hacia Estados Unidos eran los que comúnmente se presentan en esas edades: gripas, temperatura y diarrea (Cuadro 19 y Anexo 4):

³⁵ Semillas con muchas propiedades para la salud, dentro de las cuales está el controlar la diabetes. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/moringa#cuales-son-sus-beneficios>

Mi mamá nos daba un té de hinojo, borraja, eucalipto, canela y otras yerbas. La borraja servía para quitar la calentura [...] Mi mamá me decía que “pusiera a hervir una olla grande para hacer té para todos” [...] Cuando de pronto comíamos mucho o teníamos malestar en el estómago, nos daba una cucharadita de aceite con limón, que era como una purga. (Adriana, comunicación personal, 25 de febrero de 2022)

Adriana mencionaba que los remedios que les daba su mamá siempre fueron eficaces para el malestar. Aunque ella vivía con estrés por la responsabilidad de cuidar a sus hermanos:

Me estresaba porque tenía que cuidar a los niños. Y luego mi mamá se iba al mercado con mi hermana y me dejaba todos los niños y ahora si todo el estrés de que decía yo, ¡hay Virgen santa, que voy a hacer con tanto niño! Porque uno chillaba, el otro ya le había pegado, y el otro no sé qué, y luego les tenía que dar de comer [...] En cuarto o quinto grado, yo hacía sopa, veía que había papas y las ponía a hervir, porque ya era tarde, porque mi mamá no aparecía. Había veces que se salía pronto y pasaba a sentarse a platicar con su mamá, en vez de que dijera, no, voy al mercado, compro mis cosas para regresar pronto. No, todavía iba, se sentaba, platicaba con su mamá. (Adriana, comunicación personal, 25 de febrero de 2022)

Adriana comentaba que cuando tenía alrededor de 14 años sufrió un fuerte susto a causa de una explosión de pólvora que quemó varias viviendas cercanas a la de sus padres. Este suceso, de acuerdo con la percepción de ella, fue el inicio de sus dolores de estómago. Esa primera vez el dolor permaneció por una semana, además tenía diarrea y vómito. A partir de ese momento, comenta que ante cualquier situación que le implicara temor le dolía el estómago. Frente a esta molestia su madre le daba bebidas de yerbas amargas para mitigar el dolor.

Por otro lado, una vez que comenzó a trabajar en la flor para Adriana fue mayor la frustración, tristeza, depresión, inconformidad y resentimiento. La solución que avizoraba era irse para Estados Unidos, con la idea de que iba a ganar más dinero y ya no tendría la presión de que le dijeran, «échame mi dinero, dame mi dinero».

Durante el Traslado: Infección en la Pierna por una Espina en el Cruce de la Frontera. Antes de comenzar la travesía hacia Estados Unidos, Adriana manifestó que sintió miedo al saber que las mujeres corrían mayor peligro porque son más vulnerables a que las maltraten y abusen sexualmente de ellas. En su experiencia no vivió ninguno de esos eventos, aunque sintió mucho estrés ante la posibilidad de que los agarrara la migra, miedo, llanto y preocupación por el dinero, cansancio, y dolor en la espalda porque dormían en unas

colchonetas delgadas, además de que en uno de los intentos para cruzar se tuvieron que esconder de la migra en unos matorrales y se enterró una espina en una pierna. Este último incidente no fue atendido hasta que llegó a Estados Unidos, que fue cuando se agravó el dolor e inició un proceso infeccioso (Cuadro 19 y Anexo 4). Frente a estas molestias, Adriana solo resistía. Recurriendo a su espiritualidad como católica, llevaba una figura pequeña que representaba al Niño Dios, que agarraba y apretaba cuando sentía miedo.

En Phoenix: La Cirugía de la Vesícula y Quemaduras en el Trabajo. En Estados Unidos tuvo que atenderse su pierna lastimada por la espina que se enterró durante el traslado. Esto lo hizo ella misma como lo expresa en su narrativa (Cuadro 19 y Anexo 4):

Nada más fue la espina de cuando nos tiramos en el suelo. No vi ni donde caí, pero si fue un buen cacho de espina que yo andaba trayendo [en la parte de los gemelos]. Yo sentía algo, me molesta, me duele. Y me tocaba y sentía feo, como que ya aguadito. Ya estaba como encarnada, porque cuando me la saqué, estaba con mis lágrimas. Se me veía como un grano, entre negro y morado. Yo decía, que cosa, si yo no traía eso [...] Compré en una farmacia un botecito de alcohol, algodón y una aguja. Entonces empecé a escarbar con la aguja y alcohol, si me ardía, si me duele feo. Le pincho así duro hacia abajo, y empieza a brotar pus, la pudrición, como verde y amarillosa. Ahora sí, con mucho dolor, me voy a tener que exprimir para que no se me haga más feo mi pie, y ya fue el cachito de espina que salió, que brotó de repente. Dije, con razón, ya descansé, ya no sentía el mismo dolor, y ya se fue sanando [...] Me tardó para sanarme como un mes, me bañaba y me echaba alcohol, para que no se me haga feo mi pie. (Adriana, comunicación personal, 7 de septiembre de 2021)

Durante los primeros días en Estados Unidos se sentía deprimida ante el cambio de contexto y de su situación familiar, pues ya no estaba con sus padres y hermanos. Dice haberse sentido mejor cuando comenzó a conocer a otras paisanas.

Nuevamente en este caso, el trabajo como modo de vida impactó en los PSEAP de Adriana, pues durante su trabajo en McDonald's presentó quemaduras frecuentes ante la falta de conocimiento del uso de su equipo y de la falta de protección para realizarlo:

Me quemaba seguido. De repente, estaba una plancha, para poder planchar al pollo, entonces si agarrábamos mal esa cosita que los tapaba, se nos pegaba así de repente [antebrazo], se levantaba, y si nos atarugábamos se nos pegaba de acá y nos levantaba el cuerito. Se me veía muy feo, blanco con puntitos rojos [...] Ya cuando me di cuenta nada más sentí el ardor. Ya me agarré y me metí al baño, me puse papel. Luego me fue a ver la compañera que estaba conmigo. “¿Qué te pasó?” Me quemé. Me dice el que estaba ahí de supervisor, “regístrate y vete para la casa”.

Cuadro 19*Especificidades del itinerario terapéutico de Adriana*

Trayectoria migratoria/ Itinerario terapéutico	1. Detección del padecimiento/enfermedad	2. Posibles causas del padecimiento/enfermedad	3. Síntomas de acuerdo con las representaciones	4. Tipo de atención de acuerdo con los recursos disponibles y creencias	5. Satisfacción con el tratamiento/cambio del tipo de atención
Origen	Problemas emocionales.	Cuidar a sus hermanos menores.	Estrés y nerviosismo.	Sin atención.	Sin atención.
	Molestias comunes.	Condiciones de higiene y alimentarias.	Gripas, calentura, infecciones estomacales.	Medicina tradicional.	Buenos resultados.
	Problemas de salud mental.	Entregar todo el dinero que recibía en su trabajo a su mamá.	Tristeza, frustración, depresión, inconformidad.	Irse a EE. UU. sirvió para solucionar estos problemas.	Superó los problemas de salud.
Traslado	Problemas emocionales.	Vulnerabilidad de las mujeres en el proceso migratorio.	Miedo.	Sin atención.	Sin atención.
	Padecimientos físicos y mentales.	Dificultades e inconvenientes durante el cruce.	Estrés, dolor en la espalda, cansancio.	Sin atención, aguantar las molestias.	Sin atención.
	Incrustación de una espina en la pierna.	Dificultades e inconvenientes durante el cruce.	Dolor.	Sin atención, aguantar el dolor.	Sin atención.
Recepción	Incremento del dolor por la espina en la pierna.	Dificultades e inconvenientes durante el cruce.	Dolor, infección.	Autoatención.	Buenos resultados.
	Problemas emocionales al llegar a EE. UU.	Cambio de cultura, de país.	Depresión	Adaptación.	Importancia del tiempo para la adaptación.
	Quemaduras en los brazos.	Riesgo de los trabajos en los que laboraba.	Dolor, ardor.	Autoatención.	Buenos resultados.
	Problemas en la vesícula.	Susto y miedo.	Dolor abdominal y vómito.	Medicina alópata.	Buenos resultados.
	Problemas emocionales.	Crisis económica de 2008.	Miedo, presión, estrés.	Sin atención médica.	Sin atención.
	Gripas.	Cambios de clima, polvaredas.	Dolores de garganta.	Medicina natural.	Buenos resultados.
Retorno	Afectación emocional.	Regreso a México sin dinero.	Preocupación, estrés.	Importancia del tiempo para que paulatinamente se mejorara la situación.	Con el tiempo mejoró su situación.
	Problemas de salud mental.	Cambio en la forma de ser de su esposo y la forma de tratarla.	Depresión, estrés, dolor de cabeza y parte baja del cuello.	Medicina alópata, irse a vivir a su propia casa.	Buenos resultados.
	Infección en el riñón.	Desconocimiento de las posibles causas.	Dolor.	Medicina alópata, medicina natural.	Efectos secundarios con la medicina alópata. Buenos resultados con la natural.
	Aborto.	Mucho trabajo.	Sobrepeso, colesterol, triglicéridos altos.	Medicina alópata.	Buenos resultados.
	Molestias en la parte abdominal.	Posiblemente los medicamentos para salvar al bebé y que alteraron las hormonas.	Dolor en la parte del hígado, inflamación del estómago, presión, estrés.	Medicina alópata.	Buenos resultados.

Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a Adriana.

Allá también hay yerberías, a mí me gusta eso de remedios caseros, todo eso. Y ese día fui y compramos una crema de Sulfatiazol, esa es para las heridas para que no se hagan feas, y no se infecte [...] Ya conocía esa crema, aquí con los remedios que, para el empacho [...] Y antes de ponérmela me lavaba, tenía hasta árnica seca, compramos una, la puse a hervir y me la puse, ya me la eché tibiecita en mi mano, y luego ya me puse mi pomada. Y [...] ya para ir a trabajar me vendaba mi mano, para que no dijeran, vas a infectar, y esto.

Así de feo, nada más me quemé una vez [en McDonald's cuando apenas comenzaba a agarrar las máquinas] Y después nada más cachitos [...] Siempre que me quemaba hacía lo mismo, pues ya le había encontrado la forma. O así de que fuéramos al doctor, no. (Adriana, comunicación personal, 7 de septiembre de 2021)

Adriana siempre acudió a la autoatención para tratar sus molestias, retomando los aprendizajes y esquemas de cuidado que aprendió de su madre desde pequeña, pues los remedios naturales fueron el recurso empleado para las quemaduras.

Por otro lado, en diciembre de 2007 operaron a Adriana de la vesícula, aunque con el temor a la intervención y su preocupación para solventar los gastos de la operación. A pesar de las desigualdades estructurales que enfrenta la población indocumentada en Estados Unidos, Adriana fue atendida y el seguro que tenía por el nacimiento de su hija cubrió parte de los gastos.

Es que me da un dolor en el estómago, pero me duele mucho [...] sentía una punzada. Yo no soy de las personas que, si siento un dolor, ya me doblo, no. Yo me aguanto, luego pasa. Pero este dolor no lo soporté, y me dice mi esposo, “¿y por qué no me dijiste?” Pues se me pasó. Y dije, quién sabe que haya sido. Sino que en ese día ya tampoco aguantaba, y ahorita ya me volvió a dar, pero ahorita ya es vómito, y le digo, no era comida, lo que yo vomitaba [...] esa cosa babosa verde. Y me dice, “¿qué hacemos? Bueno, le voy a hablar a mi tía [esposo] y ya le digo”. “Mira, lo que nosotros sabemos, todavía está accesible el seguro que le dieron por la niña, llévala a revisión [expresó su tía]”. “Pero ¿ya la llevo?” “Espérame, salgo de trabajar y paso, para que vayamos juntos a ver que te dicen”.

Entonces ya me llevan a revisión en la tarde, ya no me dejaron salir. Cuando fui al hospital me inyectaron morfina para el dolor. Y el doctor me preguntó “¿tiene niños pequeños?”, sí, una chiquita de 2 meses. Y me dice, “¿pero no le da pecho?” Sí, si le doy. “Sabe”, ¿qué?, “mañana a las 7:00 de la mañana yo la opero”. No, pero yo no quiero que me opere, a mí me da mucho miedo las inyecciones [...] Y me dice mi esposo, “pues que te operen”. Pero ¿qué vamos a hacer sin dinero? Y le dije al doctor, mejor deme algo para que se me quite. El médico me dice, “No puedo hacer eso, usted tenga o no dinero, yo como doctor debo de operarla”. Y pues el seguro si cubría una parte, pero la del doctor no la cubría [...] Me operaron de la vesícula porque tenía unas piedras [cirugía de laparoscopia], y pues no, ni me dolió ni nada, no más por el miedo. Entonces de ahí provenía ese vomito baboso

verde, de lo mismo de la vesícula [...] Nunca había sentido ese dolor [...] fue algo así de repente. (Adriana, comunicación personal, 7 de septiembre de 2021)

El problema de la vesícula no fue repentino, pues ya había manifestado dolores con anterioridad, aunque en menor intensidad. Adriana mencionó que en Estados Unidos tomaba Herbalife, complemento alimenticio que en su percepción le sirvió para sanar interiormente y dejar de sentir dolor por la operación. Otro problema que presentó Adriana fueron las gripas por el cambio de clima y/o cuando se hacen las polvaredas de arena tenía dolores en la garganta, que generalmente trataba con té para ella y su esposo.

Al Retorno: Cambios Profundos Familiares, Permanencia del Estrés y Creencias Religiosas. Adriana vivió problemas emocionales y psicológicos por las circunstancias en que se dio su retorno, por llegar sin dinero y residir en una localidad que no era a la que ella pertenecía (Cuadro 19 y Anexo 4).

Se dieron algunos problemas familiares con mi esposo que duraron varios años después de regresar de Estados Unidos, de que ya no era el mismo que había conocido. Esto me generó un tipo de estrés y depresión, lo que hizo que me doliera la cabeza y la parte de abajo del cuello. (Adriana, comunicación personal, 1 de abril de 2022)

Adriana llegó a vivir con la familia de su esposo, las discusiones con su suegra eran frecuentes a causa de diversos chismes, pero también porque sus suegros le expresaban a su esposo que él era libre, «que la casada, juntada, la tonta» era Adriana, que ella era la que debía de estar en su casa. Estas situaciones, en la percepción de Adriana, propiciaron un cambio de actitud de su esposo, pues en Estados Unidos eran unidos y éste la trataba bien, pero en México ya no era el mismo.

Frente a esta situación, Adriana se fue a vivir con su familia, pero su esposo siempre iba a buscarla, por lo que regresaron a vivir juntos, en su propia casa, cuando Adriana se embarazó nuevamente. El esposo de Adriana expresó sentirse «completo con el niño que venía en camino» y la relación se pudo estabilizar, siendo nuevamente, comenta Adriana, la persona que era cuando estaban en Estados Unidos. En este tiempo Adriana presentó dolores de cabeza fuertes y con relativa frecuencia. Siguiendo la recomendación de una licenciada en trabajo social del Ayuntamiento de Tenancingo acudió al servicio de psicología, donde asistió a varias sesiones y recibió la instrucción de tomar paracetamol y recostarse cuando presentara dolor.

En 2018, Adriana tuvo una infección en el riñón atendida con medicamentos alópatas. Sin embargo, éstos tuvieron efectos secundarios dado que se intoxicó y enronchó. Estas últimas molestias las trató con medicamentos naturales.

Por otro lado, en febrero de 2021 Adriana perdió un bebé:

El doctor me dijo “que tal vez es porque trabajaba mucho, anda aquí, anda allá” [...] No aguanté ni los 3 meses, el bebé venía en la trompa [...] Estuve 2 meses y medio acostada tratando de que se lograra el bebé, pero no fue posible [...] El doctor le dijo a mi esposo “de que tanto trabajo pudo ocasionar la pérdida del bebé” [...] Fue ahí donde pusimos la tienda para que el trabajo no fuera tan pesado [...] Le dijo también “que si quiere tener otro bebé debe de cuidar a su mujer”. (Adriana, comunicación personal, 1 de abril de 2022)

Después del embarazo le realizaron algunos exámenes, cuyos resultados reflejaron que Adriana tenía sobrepeso, colesterol y triglicéridos altos, aunque no hizo mucho caso en ello, dado que pudieron ser consecuencia del embarazo y los respectivos cambios hormonales que experimentó, de acuerdo con lo que le mencionó el médico.

Adriana contaba que en 2022 presentó dolores a la altura del hígado y sentía el estómago inflamado. Inicialmente no le prestó atención, pero cuando acudió con un médico para atenderse de gripa, consultó sobre el problema del hígado. El médico le expresó que éste podía relacionarse con la pérdida del bebé, por las inyecciones que le administraron para tratar de salvarlo y la alteración de las hormonas, situación que más adelante pudo complicarse por la presión de que su esposo emigró a Estados Unidos, así como por el estrés. El médico le recomendó que se realizara un ultrasonido, cuyo resultado salió bien.

En esa ocasión, Adriana presentó presión arterial alta, para lo cual también le indicaron medicamentos y aspirina en caso de presentar taquicardias. También le envió medicamentos para dormir por un período de 15 días. La inflamación del estómago era colitis, lo cual el médico lo relacionó con el cuadro emocional ya mencionado.

Adriana es católica, creyente y participativa de las actividades de la iglesia, por lo que ella y sus hijas ofrecieron a Dios no tomar refresco por 40 días. De acuerdo con su percepción, Adriana afirmó haberse sentido mejor, además de que mejoró la calidad de su sueño. Pasados los 40 días decidió ya no tomar definitivamente refresco y dejó de presentar molestias.

La experiencia de Adriana, al igual que con Micaela, Azucena y Mary pone en evidencia que el estrés causa severas afectaciones de salud/enfermedad, con múltiples

manifestaciones físicas y emocionales que se agravan ante la falta de atención, o bien, los procesos de atención tardía, cuando los dolores ya no se soportan y la enfermedad se ha complicado.

Los PSEAP Desde las Vivencias y Percepciones de los Hombres Migrantes

Con anterioridad se analizaron los itinerarios terapéuticos de las mujeres migrantes entrevistadas, cuyos PSEAP estuvieron permeados por la violencia en las diferentes fases migratorias. En este sentido, la importancia de conocer las vivencias experimentadas por los hombres, cuyos procesos de salud/enfermedad pudieron estar influenciados por otros actores, además de registrar semejanzas y diferencias con las experiencias de las mujeres.

«Todo Dependió de la Alimentación y por Estar Trabajando no iba a Hacer Ejercicio». Vivencias e Itinerario Terapéutico de Erasto. Esta expresión narrativa de Erasto rememora lo que él consideraba los motivos por los que enfermó. Como podrá distinguirse en su itinerario terapéutico fueron diversos los factores que participaron del deterioro progresivo de su estado de salud.

En Tenancingo: Entre la Medicina Tradicional y la Medicina Alópata. Erasto contaba que antes de emigrar, durante su niñez, presentaba padecimientos comunes como gripa y dolor de estómago, originadas sobre todo por el cambio de clima y el tipo de alimentación, molestias que eran tratadas por su madre con pastillas o jarabes de boticas, remedios caseros (yerbas), té (de canela) y VapoRub en el pecho. En su infancia no tomó medicamentos alópatas porque no disponían de los recursos necesarios para acudir con los médicos (Cuadro 20 y Anexo 5).

De niño se cortó en varias ocasiones trabajando en la elaboración de sillas rústicas con su papá. Erasto se auto atendía con alcohol, curitas, mertiolate, se vendaba y seguía trabajando. En pleno inicio de su adolescencia (12 años) presentó anemia, dado que su alimentación no era buena y estaba desnutrido. En esa ocasión lo llevaron con el médico y le recetaron vitaminas. Ya de joven y de adulto, trabajó en empresas en las que contaba con seguro de salud, por lo que cuando se enfermaba de gripa o del estómago acudía al seguro.

Cuadro 20*Especificidades del itinerario terapéutico de Erasto*

Trayectoria migratoria/ Itinerario terapéutico	1. Detección del padecimiento/enfermedad	2. Posibles causas del padecimiento/enfermedad	3. Síntomas de acuerdo con las representaciones	4. Tipo de atención de acuerdo con los recursos disponibles y creencias	5. Satisfacción con el tratamiento/cambio del tipo de atención
Origen	Molestias comunes de niño.	Clima y tipo de alimentación.	Gripas, dolor de estómago.	Medicina tradicional.	Buenos resultados.
	Cortes en dedos y piernas.	Inexperiencia en el trabajo.	Dolor, sangrado.	Autoatención.	Buenos resultados.
	Anemia.	Mala alimentación, desnutrición.	Desmayo.	Medicina alópata.	Resultados relativamente buenos, pero siguió con problemas de alimentación.
	Molestias comunes en la adultes.	Cambios de clima, alimentación, higiene.	Gripa, calentura, dolores estomacales.	Medicina alópata por medio del seguro médico.	Buenos resultados.
	Problemas de salud mental.	No poder pagar la carrera universitaria a sus hijos.	Estrés permanente.	Sin atención.	Sin atención.
Traslado	Algunas molestias leves.	Complicaciones del cruce.	Deshidratación, cansancio.	Tomar líquidos.	Logró sobrellevar el tiempo del traslado.
Recepción	Problemas de salud mental.	Necesidad de trabajar para enviar remesas.	Estrés permanente.	Sin atención.	Sin atención.
	Cortadura de un dedo.	Riesgo del trabajo.	Dolor.	Autoatención, ayuda de compañeros.	Por 6 años no tuvo sensibilidad en el dedo.
	Cansancio.	Trabajo muy pesado.	Dolor de espalda y cintura.	Autoatención con medicina tradicional China.	Buenos resultados.
	Frecuentes molestias respiratorias.	Causa desconocida.	Gripas.	Autoatención, ejercicios de respiración.	En la mayoría de las ocasiones le han servido.
	Niveles de presión y colesterol altos.	Mala alimentación, falta de actividad física, estrés.	Molestias generalizadas.	Medicina tradicional China y coreana.	Sin buenos resultados.
	Se engrapó una uña.	Riesgo del trabajo.	Dolor.	Ayuda de compañeros.	Buenos resultados.
	Derrame cerebral.	Falta de descanso, presión y colesterol altos, estrés, mala alimentación.	Pérdida de equilibrio, mareos, problemas en la próstata.	Medicina alópata.	Continúa en tratamiento.
Retorno	Derrame cerebral, control de la presión y colesterol altos y problemas de la próstata.	Falta de descanso, estrés, mala alimentación, presión y colesterol altos.	Movilidad limitada, falta de control sobre las necesidades fisiológicas.	Medicina alópata, herbolaria.	Siguen en tratamiento, un proceso muy largo.
	Molestias respiratorias.	Temporada de frío.	Gripa.	Medicamentos de botica, ejercicios de respiración.	Buenos resultados.
	Molestias en las partes más afectadas del derrame cerebral.	Temporada de frío.	Mucho frío en brazo y pierna más afectados por el derrame.	Pants debajo del pantalón y calcetines gruesos, miel en vez de azúcar.	Buenos resultados.

Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a Erasto.

Cuando Erasto se casó y tuvo sus 4 hijos manifestó estrés y preocupación por lo que requería la manutención de éstos. Este fue el inicio de su estrés permanente, por tratarse de un sentimiento que permaneció hasta que todos sus hijos fueron profesionales:

Lo único que me preocupaba era que me di cuenta de que mis hijos eran muy inteligentes, los 4, y me dije, si me quedo en este país, no los voy a poder sostener, no voy a poderles pagar una carrera. Afortunadamente valió la pena el haberme ido porque los 4 son profesionistas, es lo único bueno. (Erasto, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

Durante el Traslado: Vivencias de Deshidratación y Cansancio. En el trayecto migratorio hacia Estados Unidos, Erasto contaba que no presentó problemas de salud, aunque se deshidrató por el calor que hacía durante la travesía por el desierto, lo cual resolvió tomando agua. También, como en el caso de las mujeres, manifestaba haber sentido cansancio propio de los diversos intentos de cruce (Cuadro 20 y Anexo 5).

En California: Medicina Tradicional China, Señales del Cuerpo y Derrame Cerebral. En Estados Unidos, el estrés, aunque fue permanente, nunca se atendió. Entre los incidentes laborales, comentaba que, en su trabajo en la construcción cortando una tabla roca, la navaja con la que lo hacía se desvió con un clavo y: «me corté un dedo [pulgar de la mano izquierda] casi a la mitad, solo me colgaba el pellejo». En esa ocasión no se atendió y continuó con sus labores (Cuadro 20 y Anexo 5):

Agarré y me lo pegué con diurex [no tocó el hueso, solo fue la piel]. Tardaron como 2 horas para atenderme y fue un mismo compañero que me puso vendas y todo. Y, sin embargo, seguí trabajando con la mano así [...] El dedo pegó, nunca fui con el médico [...] Perdí sensibilidad como 6 o 7 años, porque ya estaba muerto, no lo sentía [...] Esto ocurrió como por el 2006 o 2007 [...] Más o menos por 2012 o 2013 comencé a sentir sensibilidad de nuevo en el dedo. (Erasto, comunicación personal, 10 de noviembre de 2021)

En este trabajo manifestaba que también era común cargar y subir varios pisos material pesado como bultos de cemento, grava, por lo que quedaba adolorido de su espalda y cintura. En estos casos también la auto atención fue su estrategia a partir de los aprendizajes obtenidos de su hermano, quien practicaba la medicina tradicional china.

Cuando me sentía cansado y con dolor en la espalda y cintura, aprendí de mi hermano que sabía sobar huesos [su hermano estudió en Los Ángeles medicina tradicional china] donde sobarse los pies y manos y solito me sobaba para quitarme este tipo de dolores [...] Cualquier cosa que tengas en tu cuerpo, dolores de riñones, hígado, oído, corazón, etcétera, encuentras

la solución sobándose en las manos o en los pies. (Erasto, comunicación personal, 10 de noviembre de 2021)

Durante los 16 años de permanencia de Erasto en Estados Unidos, ocasionalmente, sobre todo en tiempo de frío, presentaba gripa. Con su hermano aprendió que la gripa se quitaba respirando y guardando el oxígeno de 10 a 15 segundos por 10 veces. Mencionaba que haciendo esto 4 veces al día nunca se enfermaría de las vías respiratorias, dado que oxigenar es como proporcionarle vitaminas al cuerpo y los pulmones se fortalecen. Expresó también Erasto que para la gripa era bueno comer grillos de Oaxaca, porque servían para las vías respiratorias y son nutritivos.

Erasto comentaba que a partir de unos análisis gratuitos que le realizaron le diagnosticaron presión y colesterol altos. Problemas que en su percepción respondían a su mala alimentación y estrés continuo.

En febrero de 2016 hubo un examen gratuito que hicieron por parte de la iglesia y del Club de Leones con estudiantes de medicina de la Universidad de Los Ángeles (UCLA) para todos los indocumentados donde nos revisaban la vista, los dientes, la presión, los pulmones, el sistema óseo, de todo, y siempre salí con presión alta.

La presión alta y el colesterol me los controlaba comiendo ajos en ayunas, un ajo diario y eso me ayudaba mucho [...] Esto lo sé por el conocimiento que recibí desde niño por mis padres, además de la convivencia que tuve con la cultura china y coreana, y en ellos es normal esta forma de tratarse este problema [...] Pero llegó un día el patrón y me dijo, “sabes que, ya no aguanto tu aroma”, porque el cuerpo transpira ese olor, y por más que me ponga desodorante, no se quita ese olor. Entonces lo dejé de comer y fue cuando me vine para abajo. (Erasto, comunicación personal, 10 de noviembre de 2021)

La atención de Erasto se basó en el consumo de ajos, pues así lo aprendió de sus padres. Aunque él percibe que esto le ayudó a mejorar, sus estudios anuales indicaban que los niveles de colesterol estaban por encima de lo normal.

Otra situación que Erasto experimentó en su trabajo (en 2017) fue engraparse una uña mientras hacía esto con algunos materiales. A pesar del dolor, cubrió su uña y siguió trabajando. Horas después recibió ayuda de sus compañeros, quienes le pusieron penicilina y le colocaron una venda. Posteriormente la uña se le cayó. «Me tardé como 3 meses para que me volviera a salir la uña».

El derrame cerebral fue el problema de salud que cambió la vida de Erasto el 16 de julio de 2019. Mencionaba que no supo interpretar a su cuerpo, porque éste ya le había avisado días antes con algunos síntomas a los que no le dio importancia.

Un mes antes del derrame empecé a notar algunas molestias, porque yo era una persona que cantaba, que bailaba y de un momento a otro comencé a estar muy quieto [...] No supe interpretar las señales de mi cuerpo [...] Un día antes del derrame, el brazo izquierdo se me durmió, se me quitó, pero a la media hora se me volvió a dormir [...] En el momento en el que comenzó el derrame, me encontraba dando la sagrada eucaristía en la misa. Dando la eucaristía me movía como queriéndome caer, de un lado para otro, y decía en mi interior, Dios mío, qué me está pasando, que no me vaya a caer [...] Terminó la misa y seguí así, esperé a que les cantaran las mañanitas a los papás [era día del padre]. Luego me fui para mi casa en autobús. Marchaba como soldadito. Sabía que estaba mal pero no sabía lo que estaba pasando, me chocaba con los postes, las paredes.

Llego a mi casa y me fui a acostar, pensando que era un simple mareo [...] Los señores de la casa no estaban, así que llamé a una de mis hermanas que es enfermera y le expliqué lo que sentía. Me dice ella, “es un derrame cerebral, una embolia, vete corriendo al médico porque es mortal”. Salí a la calle y el vecino me vio y de inmediato me llevó a un médico [...] El médico me revisó y me hizo preguntas, pero me dijo que ahí no me podía atender y me canalizó a un hospital. Vino la hija de un amigo y me llevó [...] Una vez llegué me hicieron una tomografía axial computarizada (TAC) o una resonancia magnética nuclear (RMN), no recuerdo cuál de las 2. En ese momento salió negativo, me llevaron a mi cuarto, me pusieron suero y me dieron pastillas para el colesterol. A las 24 horas me volvieron a hacer los exámenes (TAC o RMN) y ahí si salió el cerebro bien afectado, lleno de coágulos e inmediatamente me dijeron que iba a quedar en vida vegetal. (Erasto, comunicación personal, 10 de noviembre de 2021)

Erasto confiando siempre en Dios, pensó: «eso lo dicen ustedes». Todo lo vivió consciente. En 3 o 4 horas su mano y pie izquierdo parecían «gelatinas», ya no los podía controlar. A pesar de que los médicos le dijeron que iba a quedar con vida vegetal permanentemente, a los 15 días ya estaba caminando con mucha fuerza de voluntad. Acompañado de este suceso tuvo problemas con la próstata, su cuerpo ya no controlaba sus necesidades fisiológicas. En Estados Unidos tuvo alrededor de 5 incidentes.

De acuerdo con Erasto, el derrame cerebral se debió a la mala alimentación y al estrés que sentía por la presión del trabajo, de la familia, de la economía. La atención de este problema y el de la próstata fue con medicina alópata.

De igual manera, la espiritualidad considera que ha sido útil para mantenerse positivo y sentirse bien. Participar de las actividades de la iglesia y profesar su fe fue fundamental en

su vida cotidiana en Estados Unidos, sobre todo cuando se separó de su esposa, pues mentalmente no se sentía bien.

Retorno Forzado: Recuperándose del Derrame Cerebral y Dependiendo de los Hijos. A su regreso a México, con 56 años, Erasto continuó su rehabilitación del derrame cerebral. Todos los días, de acuerdo con su narrativa, camina alrededor de 4 horas o anda en bicicleta y hace ejercicio con las manos. Es algo que ya debe realizar de por vida. Por parte de una hija, se encuentra afiliado al IMSS, por lo cual cuenta con cobertura médica para continuar con su tratamiento en México (Cuadro 20 y Anexo 5).

Erasto se ha ayudado de otro tipo de medicina como la homeópata:

Porque me dijeron que también era medicina buena, y sí me ha servido, porque comencé a tener más movimiento en mis manos. Lo que me hace es limpiar toda la sangre, venas, arterias, sacar todo lo sucio del cerebro [...] Acá son puras vitaminas y tés. (Erasto, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

En cuanto a la capacidad motora, Erasto mencionaba que cada vez se sentía mejor, mejorando la movilidad de su brazo izquierdo y la mano. Cuando sentía dolor le administraban una inyección de Neurobiol que contiene diclofenaco. Se ponía una más o menos cada mes cuando sentía que su cuerpo estaba muy cansado.

Otra consecuencia del derrame cerebral es que siente mucho frío en la pierna y el brazo izquierdo. Para ello usa un pants debajo del pantalón y calcetines gruesos para sobrellevar el frío. De igual forma, en vez de azúcar consume miel, porque ésta última, según la percepción de Erasto, tiene más calorías que le dan calor al cuerpo.

Para la presión y el colesterol alto ha seguido en tratamiento, tomando pastillas diario y actualmente tiene niveles controlados. Cada mes acude al seguro social, lo revisan y en su percepción, con que le digan que su presión está en 70/100 es un indicativo de que no hay colesterol.

En cuanto a la próstata, ha seguido el tratamiento en México con medicamento y actualmente ya controla sus necesidades fisiológicas. Dejó de tomar el medicamento porque consideraba que ya no lo necesitaba, además porque sentía que: «me está funcionando como viagra, y era un problema en la calle y lugares públicos».

En diciembre de 2020, en un escenario de pandemia, Erasto tuvo una fuerte gripa, que atribuye al frío. Su hija le compró medicamentos de una botica (no recuerda los nombres), obteniendo buenos resultados. Mencionaba que también se ayudó de los ejercicios de respiración que sabe realizar. En 2021 comenzó con el tratamiento de sus dientes, que se deterioraron notablemente con su estadía en Estados Unidos. Esto fue posible con la ayuda económica de sus amigos del vecino país, quienes aportaron para la extracción de sus dientes y la colocación de puentes dentales con un odontólogo particular.

Las experiencias vividas por Erasto en cuanto a sus problemas de salud/enfermedad identificados a través de su itinerario terapéutico, dan cuenta de distintos actores y modos de vida que se conjugaron y pudieron desestabilizar su salud. Una mala alimentación desde pequeño y que continuó en Estados Unidos, con el consumo permanente de comida chatarra y refrescos, la falta de descanso y actividad física, así como el continuo estrés, la presión y el colesterol altos. Sin embargo, la fuerza de voluntad de Erasto, los deseos de seguir adelante, de luchar por su familia le han llevado a sobreponerse a la adversidad, con una actitud positiva, de ánimo y perseverancia. Esto ha sido posible también porque la vida espiritual de Erasto es fuerte, por lo que, en su percepción, su fe en Dios le ha ayudado para sobrellevar la enfermedad, ser una mejor persona y un buen prójimo.

«Psicológicamente me Afectó Muchísimo Llegar a un País de Pobreza».
Vivencias e Itinerario Terapéutico de Norberto. El fragmento narrativo de Norberto hace referencia a su regreso forzado a su lugar de origen en Tenancingo. Después de permanecer más de 20 años en Estados Unidos de manera ininterrumpida, la deportación representa un evento que repercutió considerablemente en sus PSEAP.

En Tepetzingo: Los Malestares de la Niñez sin Atención y Consultas Médicas Alópatas. Norberto mencionaba que antes de emigrar, específicamente en su niñez, no se veían las enfermedades que existen actualmente, como la diabetes, cáncer, SIDA. Por lo que, solo presentó gripa, generalmente en tiempo de frío. Mencionaba que prácticamente no tuvo contacto con médicos, siempre fue su mamá quien lo atendía con tés de yerbabuena, anta María, manzanilla, y de vez en cuando un Desenfriolito (antigripal) cuando tenían algún resfriado. Recuerda que el material de la casa donde vivían (block hecho con lodo), permitía

que ésta se mantuviera caliente y que en tiempo de invierno no se sintiera tanto frío al interior (Cuadro 21 y Anexo 6).

Un problema específico de salud que presentó Norberto en su juventud fue el consumo de drogas y alcohol:

Comencé a tomar desde los 12 años, aun estando en México, pero no lo veía como un problema todavía [...] Bebía alcohol, primero era cerveza, luego tequila, aunque este último no me gustó, era la cerveza, fumaba marihuana, cocaína, heroína, y ya era de diario [...] Recuerdo que cuando comencé con eso, estando solo, me encontré una planta de marihuana entre el maíz, y me dije ¡está se fuma! [...] Y me empezó a gustar [...] Usaba en principio el papel periódico para envolverlo [...] Luego me tomaba una cerveza, y me gustaba como se sentía la combinación de la marihuana y el alcohol. (Norberto, comunicación personal, 14 de abril de 2022)

El consumo frecuente lo llevó a un problema de adicción que permaneció mientras estuvo en México y en Estados Unidos, afectando su salud como se menciona más adelante. Norberto acostumbraba a usar un escapulario como modo de protección.

Durante el Traslado: Consumo de Canelitas con Alcohol para Conservar la Temperatura. En el trayecto hacia Estados Unidos, Norberto no padeció alguna enfermedad o padecimiento, lo que en su percepción responde a que estaba muy joven cuando se fue. La experiencia más complicada fueron los extremos cambios de temperatura.

Era de ley comprarle unas canelitas [con alcohol] a una señora entre las 11:00 de la noche y una de la mañana para que se calentara el cuerpo, pues el frío era demasiado [...] Eso fue lo más pesado. Ya de ahí en adelante todo fue bien, muy bonito. (Norberto, comunicación personal, 19 de noviembre de 2021)

En Florida y Michigan: Alcoholismo y Drogadicción, Tumor y Conversión a Testigos de Jehová. Alrededor del 2000, cuando tenía aproximadamente 25 años le identificaron un lipoma en un seno, mismo que fue extirpado, con un adecuado proceso de recuperación (Cuadro 21 y Anexo 6).

Un tumor que me salió aquí, o sea, me creció la chichi [seno] donde tengo la cosita chiquita, fue algo que se notaba a simple vista, que no me molestaba tampoco, ni me causaba dolor, pero si se iba agrandando. No era maligno [...] De un momento a otro me salió trabajando allá [...] Según decían eran como bolas de grasa que se van formando, que según son frecuentes en los hombres y en las mujeres.

Este problema me lo atendí en el hospital [...] Fui a la Clínica del Inmigrante, la cual cobraba 20 dólares por la consulta y ellos me recomendaron un doctor, era un especialista en esto, y ya el doctor me especificó como iba a ser todo, como iba a ser la operación. O sea, prácticamente él me operó, pero en el hospital, no me operó en su consultorio, por el equipo [...] La operación costó entre 12 y 14 mil dólares, que yo pagué [...] El proceso de recuperación duró 15 días [...] Me dieron pastillas, pero solo para el dolor. (Norberto, comunicación personal, 21 de julio de 2021)

Otro malestar que presentaba frecuentemente Norberto era el cansancio por las largas jornadas de trabajo, sobre todo cuando trabajaba muy «recio». En casa trataba de descansar adecuadamente para la rutina del día siguiente.

En 2004 se agudizó el problema de consumo de alcohol y de drogas, aparentemente con periodos de confusión mental.

Ya en Estados Unidos la frecuencia era mayor, y así estuve siempre trabajando [...] Esto me ha causado algunas repercusiones [...] Una vez haciendo trabajos de mecánica, de repente no sabía que llave estaba usando, entonces me tocaba volver la computadora en mi cerebro para decir, ¡ah, es que era está llave! [...] O de repente iba por la llave a cierto lugar, y luego ya no sabía a qué había ido [...] A veces como que se me olvidan las cosas, como que se me borra el casete por unos segundos [...] Esto aún me pasa [...] son las repercusiones del consumo de alcohol y drogas. (Norberto, comunicación personal, 14 de abril de 2022)

Norberto consideraba que el consumo del alcohol y drogas no afectaba su rendimiento laboral, pues, por el contrario, sentía más ganas de realizar actividades, se percibía, según él, más activo. Su adicción la dejó cuando comenzó a estudiar la Biblia con los Testigos de Jehová, teniendo momentos de reflexión que le llevaron a comprender el daño que se estaba haciendo.

Los Testigos de Jehová me dejaban revistas en mi casa, libros, y me ponía a estudiarlos. Comparaba la información con la Biblia y era prácticamente lo mismo, si era cierto [...] Yo los atendía en mi casa [...] La reacción desde que comencé con los Testigos de Jehová y dejar el alcohol y las drogas fue de inmediato [...] Me dejaron un libro y en una semana lo estudié, y me di cuenta de que ya había regado mi vida. Fue ahí que comencé a reaccionar, fue al instante, porque dejé todo tipo de vicios.

Fue cuando nació mi segundo hijo que comencé con este cambio, de hecho, los Testigos de Jehová me cayeron al hospital cuando mi hijo estaba a punto de nacer [...] Allá me dieron la revista Atalaya. Ahí la empecé a leer y hablaba del alcoholismo y de las drogas, desde ese momento comencé a reaccionar [...] Tenía alrededor de 30 años cuando dejé el alcohol y las drogas. (Norberto, comunicación personal, 14 de abril de 2022)

Cuadro 21

Especificidades del itinerario terapéutico de Norberto

Trayectoria migratoria/ Itinerario terapéutico	1. Detección del padecimiento/enfermedad	2. Posibles causas del padecimiento/enfermedad	3. Síntomas de acuerdo con las representaciones	4. Tipo de atención de acuerdo con los recursos disponibles y creencias	5. Satisfacción con el tratamiento/cambio del tipo de atención
Origen	Molestias comunes.	Tiempo de frío.	Gripa.	Medicina tradicional.	Buenos resultados.
	Alcoholismo y drogadicción.	Gusto por la combinación.	Ningún tipo de síntoma.	Sin atención.	Sin atención.
Traslado	Ningún padecimiento.	—	—	—	—
Recepción	Cansancio.	Dureza del trabajo.	Agotamiento.	Tratar de dormir y descansar lo más que se pudiera.	Buenos resultados, aunque el tiempo no era suficiente.
	Lipoma en un seno.	Bolas de grasa que se pueden formar con frecuencia.	Se estaba agrandando, no generaba dolor.	Medicinal alópata.	Buenos resultados.
	Continuidad con el problema de alcoholismo y drogadicción.	Gusto por la combinación.	Pérdida de memoria, afectaciones mentales.	Concientización por parte de los Testigos de Jehová.	Buenos resultados.
Retorno	Afectación psicológica por la deportación.	Dejar su familia en Estados Unidos.	Tristeza, impotencia.	Adaptación, retorno de la familia de Estados Unidos.	El tiempo fue clave en la adaptación.
	Problemas en el hígado.	Los modos de vida con respecto a la alimentación.	Fuertes dolores que lo dejaban encorvado y no se podía enderezar.	Medicina alópata.	Buenos resultados.
	Protuberancias en la espalda y brazos.	Infidelidad de su esposa.	Depresión, tristeza, estrés, insomnio, sobre pensamientos, cansancio, enojo, mal humor.	Medicina tradicional, ayuda familiar.	Buenos resultados.
	Formación de una bola o nudo en la espalda.	Desconocimiento del origen.	Incomodidad, preocupación.	Sin atenderse.	Sin atenderse.

Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a Norberto.

Norberto mencionó que desde que conoció a los Testigos de Jehová cambió su vida y fue así como se convirtió en integrante de esa comunidad, asistiendo a las ceremonias cada vez que el tiempo se lo permitía, sobre todo los domingos.

Al Retorno: Cambios Conyugales, Nudos en el Cuerpo y Atención con Curanderos.

La deportación fue una situación emocionalmente difícil para Norberto, pues este evento significó para él dejar a su familia y volver a un país en condiciones económicas diferentes a la que ya se había acostumbrado. Con el tiempo se fue adaptando a su nueva realidad, el estar con sus padres y sobre todo con la llegada de su familia en el mismo año que él fue deportado (Cuadro 21 y Anexo 6).

Quando hablaba con los niños lloraba mucho, se me partía el corazón, te sientes como un inútil al no poder arreglar las cosas [...] En una ocasión mi hijo estaba en el hospital, me mandan una foto y me puse a llorar, son situaciones inexplicables [...] Hasta la fecha tengo esos sentimientos, pues 2 de mis hijos están en Estados Unidos, y mi hija hace poco la operaron de piedras en la vesícula, pues sentía la necesidad de irme a estar con ellos. (Norberto, comunicación personal, 14 de abril de 2022)

Aunque inicialmente manifestó que no presentó problemas de salud que se hubiesen originado en el vecino país, en 2019 presentó dolor en el hígado y en la parte central de la espalda, comentaba que no se podía enderezar y caminaba encogido. Al parecer este problema se asocia con los modos de vida que tenía en Estados Unidos, así como con el consumo de alcohol y drogas.

Yo empecé con un dolor, como del hígado, porque se me tapó. Me dijo la doctora, “¡Beto! tu hígado está tapado, te lo voy a destapar con medicina, pero si tienes que tomar mucha agua”. Bueno, ni me gustaba el agua. Entonces tu empiezas a tomar agua y la sientes medio fea, sabe rara, pero tienes que tomar agua, y bajarle a la coca. “Te vas a tomar una coca si hay una fiesta y que sea necesario, que no hay fiestas cada 8 días, acuérdate. Solamente en un evento que sea especial para ti. Mientras, toma agua, toma mucha agua”. Y ahora, si tomo agua, no bastante, pero si tomo agua, porque ya fueron 2 veces que me enfermé de lo mismo, a pesar de tomar agua volvía a recaer, y es un dolor bien tremendo que no te puedes ni enderezar, o sea, caminas así doblado, no te puedes ni enderezar.

La doctora me acostó y me empezó a picar el estómago con una aguja, y me echo una pomada que para que se me refrescara el estómago por dentro, porque también sientes como algo caliente. Y me empezó a echar esa pomadita, y aparte la medicina. Ya luego, esa medicina que “meas” color rosita porque la pastillita es color rosita que es la que limpia, y vitaminas. Las inyecciones esas son seguras, para el dolor. Me recomendó mucho la manzana porque te refresca también por dentro. (Norberto, comunicación personal, 21 de julio de 2021)

Norberto destacaba que sus hermanas lo apoyaron significativamente para tratar sus problemas de estrés y del hígado. Ellas le daban de comer, le llevaban las manzanas, lo llevaron con el curandero, entre otro tipo de ayudas.

Por otro lado, ese mismo año vivió una experiencia que lo afectó emocionalmente, al darse cuenta de la infidelidad de su esposa, y posteriormente confirmar que el menor de sus hijos no era de él.

Mi esposa se acostó con otro hombre y tuvo un bebé. Entonces el bebé nace, yo me hice cargo de él, le di mis apellidos y todo. El niño creció, durante 2 años creció conmigo, yo lo quería como mi hijo y todo. Yo me empecé a dar cuenta que el bebé nada que ver conmigo. Tenía un parecido a él [el hombre con el que estuvo su esposa]. Él trabajaba en la empresa donde yo trabajaba, y lo invité aquí a mi casa a una fiesta. Para eso, yo me doy cuenta de todo esto. Ellos cada 8 días salían juntos y la gente los empezaba a ver. “¡Beto!, es que esto, ¡Beto!, es que lo otro”. Ah sí, yo ya me empecé a dar cuenta, yo le dije a ella, hay ciertos comentarios [...] “No, que no” [dijo la esposa].

Bueno. Llegó el día en que descubrí todo. Yo me hice mi cuartito porque, pues, ya no era una vida con ella [...] No la quise sacar de la casa por mis hijos. A mis hijos me los puso en contra, les dijo muchas mentiras de mí. Ciega a mis hijos en cuanto a mí. Mis hijos tenían un concepto de mí malo. Llegó el día en que mi hija la más grande, un día ella se compró un celular [la esposa] Le dijo, “oye hija, compón mi celular, no puedo hacer esto”. Mi hija se dio cuenta de todos los mensajes. Ahí mi hija se dio cuenta que el niño más chiquito, su papá era ese hombre. Y se dio cuenta de que su papá no era lo que ella les había dicho. Pasó un año, y yo en ese cuartito, yo le digo a mi hija, yo lloraba, yo no dormía por estar pensando. Ustedes sin darse cuenta, yo sufrí mucho durante ese año. (Norberto, comunicación personal, 21 de julio de 2021)

Esta situación culminó en la separación familiar, pues la esposa de Norberto tomó la decisión de irse, dejando a sus hijos a cargo de éste. Era tal la frustración de Norberto que decía: «aquí en México lo que hice fue perder mi familia».

Agarra y se va, me deja mis hijos, y yo sin problema. Yo veo que siempre mis hijos nunca fueron un problema, dije yo veo como les doy de comer. Yo todavía le supliqué, le lloré para que no se fuera, ¡no te vayas! El niño pues era mi hijo. “Me tengo que regresar” [su esposa] Me dio a entender que quería vivir 2 vidas, o sea, estar durmiendo con él y estar viviendo aquí en la casa.

Ya tomaste la decisión de irte, ella cruza por esa puerta y yo llorando, no te vayas. Mi hijo no le importó. Me dijo mi hija [en ese momento tenía 17 años], me acuerdo bien de sus palabras: “papá, ya no le ruegues, tú ya lloraste mucho. No te quiere, ¿no estás viendo que no te quiere? Ya no te quiere”. No, pues sí, está bien. Yo al niño lo quiero, hasta la fecha, yo lo veo como mi hijo, aunque no está conmigo, porque ella ya lo apartó de mí [...] Va para

2 años, este diciembre se cumple 2 años (2019). (Norberto, comunicación personal, 21 de julio de 2021)

Aunque Norberto se sintió respaldado por sus hijos, la experiencia vivida le provocó insomnio, sobre pensamientos, cansancio, enojo, mal humor y peleas con sus hijos. Esta situación tuvo repercusiones en su cuerpo, pues se le formaron unas bolas en la espalda y en los brazos. Para atender este problema acudió con un curandero que ha tratado a su familia (en 2020).

Entonces esa fue mi enfermedad, esas bolas, el estrés [...] Eso fue ahora en lo de la pandemia [...] yo tenía síntomas de pandemia, y pues yo sentí reacciones, le dije a mi hermana, ¡hermana!, yo me siento mal, llévame al doctor. Me dice, “no, vamos con un curandero”, que también es parte de la familia, porque cura a mi mamá, cura a mis hermanos, nos mete mano a todos. “Vamos con don José”. Me echo pomada de eucalipto y me agarraba así, [...] me agarraba y me daba ganas hasta de pegarle, porque es también un dolor bien tremendo, y te las deshace con sus manos y con la pomada, aquí, esta parte aquí [espalda y brazo], pasaba su mano así, sentía bien feísimo, un dolor tremendo, pero dice “que eso es estrés. Cuando esas bolas se empiezan a formar en tu cuerpo le da cabida a cualquier enfermedad, y te entra la enfermedad, entonces eso es estrés”. (Norberto, comunicación personal, 21 de julio de 2021)

El curandero le dio un tratamiento muy semejante al del COVID-19, en lo que respeta al aislamiento, al confinamiento, con el propósito de que descansara y se recupera de las diversas situaciones que le generaban tensión y contracturas en su cuerpo.

Después de la segunda curada, ya no me dolía nada, “y te voy a dar otra todavía, y si no te sientes bien te voy a dar otra todavía, porque traes por ahí otras bolitas en otros lugares”. Ya llegó el sábado, me bañé, me fui para allá, y seguí, “mira, tómate esto, tomate lo otro” [...] Yerbitas, como si fuera un COVID-19, así, igual, pero no era COVID-19. Ah, me mandó a hacer el examen [prueba de COVID-19], eso fue el miércoles en la mañana, como a las 9:00. Salí negativo. Me mandó a hacer otro el viernes, salí negativo.

Ya el sábado voy a que me curen, me decía, “mira, si yo te había dicho que no tenías COVID-19, te hubieras ido a trabajar, y volvemos otra vez. De nada te sirven las curadas si tu regresas a manejar el taxi, te recuestas en el asiento pensando en babosadas. Aquí lo que está funcionando sinceramente son las sobadas que te estoy dando, no la medicina que yo te dije que tomaras”. También yo agarré la onda, no. Dije, tiene razón. Ya sábado, me dijo, “ya aguántate, ya mañana es domingo viejo, aguántate, ya el lunes entras a trabajar”. Ya estoy bien Don, “ya el lunes entras a trabajar. Ya mañana haces una carnita asada con tus papás, ahí voy mañana también a visitarlos para allá”. Trajo hasta un pastelito, nos lo comimos y todo. “¿Cómo te sientes?” Me siento bien. (Norberto, comunicación personal, 21 de julio de 2021)

En la última entrevista con Norberto (14/04/2022) comentó que tenía una bolita de grasa en su espalda, aunque no se había revisado a pesar de que una fisioterapeuta le indicó que acudiera con un médico especialista. Norberto mencionó que esa bolita tenía aproximadamente 3 meses.

En suma, Norberto al igual que Erasto, tuvo padecimientos que pudieron originarse en algunos modos de vida presentes en su cotidianidad y en las diferentes fases de la trayectoria migratoria. No obstante, el estrés se posiciona como el común denominador en los problemas de salud/enfermedad expresados en las narrativas de los migrantes entrevistados en Tenancingo, con afectaciones que repercuten a nivel físico y psico-emocional. Es necesario también visibilizar que se trata de un padecimiento que, en la mayoría de los casos, no ha sido atendido, por lo que se advierte que la salud mental es un problema cuyas consecuencias están siendo desestimadas por esta población, a pesar de comprender que varios de sus padecimientos responden a esta condición.

«La Ambición del Dinero no Importa el Cansancio». Vivencias e Itinerario Terapéutico de Alberto. La frase narrativa expresada por Alberto posiciona al trabajo como un modo de vida que puede llevar al desgaste del cuerpo, cuando se busca acumular dinero y/o cuando el dinero se vuelve una obsesión.

En Tepetzingo: Trabajo Agrícola y Padecimientos de la Niñez Tratados con Medicina Natural. Desde muy niño Alberto trabajó en el campo, haciendo actividades que le requerían utilizar herramientas como el machete. En una ocasión se cortó 2 dedos al estar desyerbando. Ante esta situación, comentaba haberse auto atendido con vendas, además de que procuraba esconder la mano para que no lo vieran y le pegaran (sus padres): «si tú te pegabas en esos tiempos, tú te pegabas por tarugo y un coscorrón, para que te pongas chingón. Tenías que ponerte abusado» (Cuadro 22 y Anexo 7).

Otro suceso que le ocurrió en tercer grado de primaria fue que una niña de la escuela le aventó una madera gruesa de un escritorio y le pegó en el pecho. Esto le originó dolor y convulsiones: «Al otro día me sentía que se me cerraba el pecho, no podía respirar, me desmayaba, estas eran las convulsiones». Frente a este problema contaba Alberto que no lo llevaron al hospital, si no que cuando se desmayaba su mamá le ponía ajos y cebollas con

alcohol cerca de la nariz para que despertara. Decía que incluso arrojaba saliva cuando le daban las convulsiones. Este padecimiento lo presentó alrededor de un año.

De igual forma, padeció problemas de salud que son comunes: gripa, tos, fiebre e infecciones estomacales. En estos casos, su madre lo atendía con medicina natural, cebolla morada con ajo hervido con canela, y té. Para la infección en el estómago le daban miel, limón y carbonato. Expresaba que la medicina natural proporcionada por su madre le permitió aliviarse de las diferentes molestias, por lo que: «con el médico pude haber ido, pero cuando me sentía muy mal». Siempre ha usado un escapulario desde que tiene uso de razón, con la finalidad de que nunca esté solo.

Durante el Traslado: Pies Hinchados con Ámpulas Después de Largas Caminatas.

Alberto hizo énfasis en la última vez que emigró, considerando que fue la experiencia más complicada que vivió. Las molestias más comunes fueron hinchazón y ámpulas en los pies. Recuerda que caminaron alrededor de una semana, y en esa ocasión uno de sus compañeros murió por deshidratación (Cuadro 22 y Anexo 7).

Frente a los hinchazones y ámpulas no hice nada, solo aguantar [...] Los calcetines se pegan a la parte interna de los zapatos, si me quitaba los zapatos y luego los calcetines, se despelleja todo, solo me tocaba aguantar [...] Estos hinchazones y ámpulas me las pude atender cuando llegamos a la casa en Arizona, porque ya me podía dar una limpieza general y poder curar los pies. Llegaban cocidos de tanto sudor por todo el trayecto. (Alberto, comunicación personal, 22 de abril de 2022)

En los Lugares de Recepción: Presión, Fatiga Laboral y Accidentes de Trabajo.

Trabajando en Estados Unidos, mencionaba Alberto que una de las principales molestias que llegó a presentar era el cansancio asociado con su jornada de trabajo y el estrés que le producía hacer bien su trabajo para evitar problemas ante las exigencias de su empleador (Cuadro 22 y Anexo 7).

Cansancio, era lo único porque era de las 7:00 de la mañana a las 9:00 de la noche [...] trabajando en Landscaping [...] El estrés porque el patrón decía “que eso no me gusta, así como va”, bueno, pero ahora que puedo hacer, si ya le corté las ramas, y nos peleaba. Pero él decía, “pero córtale”, porque nos marcaba las ramas, “córtale esta, córtale esta, córtale esta. No me cortaste las que te dije, checa las ramas, ahí están marcadas”. Si hay otra rama que no esté marcada, entonces ya me regañas. Y todas, “no pues si están marcadas”. O sea, eso era lo que molestaba, te regañaban antes de ver las cosas, o sea, que todo el tiempo, casi toda la vida ha sido así. Si yo te regaño es porque veo que tú lo hiciste mal, pero si yo voy y me doy

cuenta, el que estoy mal soy yo porque no me estoy dando cuenta antes de decirte. Todo eso se puede uno evitar si uno hace las cosas antes de. A veces, no hay tiempo, y así como lo vez, estas juzgando a la persona, y no nos damos cuenta de que eso afecta. Y así era todo el tiempo. Mucho del estrés era del temor de cuando tenía que arreglar muchos árboles de una hilera, no me fueran a quedar. De ahí que le decía al patrón enséñame primero como iba a ir, y ya los otros los hago yo. (Alberto, comunicación personal, 19 de agosto de 2021)

El cansancio y el estrés los contrarrestaba jugando fútbol, a lo que se le sumaba tomar cerveza y otro tipo de bebidas alcoholicas. Comentaba que en la cajuela de su auto llevaba una maleta con los implementos necesarios para jugar. Era la forma en que Alberto y sus compañeros salían de la rutina laboral, buscando alternativas recreativas para distraerse.

Durante el tiempo que Alberto permaneció en Estados Unidos manifestó que vivía con ansiedad de querer ver a su familia, en especial a su hija. Alberto aprendió a vivir con este sentimiento, y cuando regresaba a México buscaba suplir el tiempo que permanecía ausente, así como recargar ánimos para de nuevo emprender el viaje. Así mismo, aprovechaba cuando sus compañeros regresaban a Tenancingo para enviar regalos a su familia.

Trabajando en la construcción presentó un problema en los ojos. Una pluma con la que tiran el concreto se rompió y le cayó parte en la cara. «La caída del concreto hizo que se me irritaran los ojos, sentía dolor y ardor, y no pude trabajar por 2 semanas [...] Ese concreto ya viene con muchos químicos». Posteriormente fue al médico y le dijeron que había sido del mismo líquido del concreto, que solo necesitaba reposo. No obstante, Alberto mencionó que sentía los ojos muy resecos, y fue así como comenzó a utilizar gotas para lubricar sus ojos.

En 2010, un accidente laboral en la segunda empresa que trabajó cambió drásticamente la vida de Alberto, pues su salud se vio afectada ante la desviación de 3 discos de la columna vertebral. En la percepción de Alberto este problema ocurrió por descuido, además de que no estaba utilizando la faja de trabajo como mecanismo de protección.

Cuadro 22*Especificidades del itinerario terapéutico de Alberto*

Trayectoria migratoria/ Itinerario terapéutico	1. Detección del padecimiento/enfermedad	2. Posibles causas del padecimiento/enfermedad	3. Síntomas de acuerdo con las representaciones	4. Tipo de atención de acuerdo con los recursos disponibles y creencias	5. Satisfacción con el tratamiento/cambio del tipo de atención
Origen	Cortada en los dedos cuando era niño.	Peligrosidad del trabajo para niños de su edad.	Dolor.	Autoatención.	No presentó consecuencias a causa de las cortadas.
	Golpe en el pecho con un tablón.	Una compañera de escuela se lo arrojó.	Dolor, no podía respirar, desmayos, convulsiones.	Medicina tradicional.	Sin tener una atención adecuada, no tuvo repercusiones a corto y largo plazo.
	Molestias comunes.	Clima, condiciones de higiene y alimentarias.	Gripas, tos, fiebre, infecciones estomacales.	Medicina tradicional.	Buenos resultados.
Traslado	Deshidratación.	Calor extremo.	Debilitamiento.	Autoatención, consumo de agua.	Buenos resultados.
	Hinchazón y ámpulas.	Tanto caminar para poder cruzar la frontera.	Dolor, ardor.	Autoatención.	Buenos resultados.
Recepción	Estrés.	Que el trabajo en la jardinería quedara bien hecho.	Nervios, incertidumbre.	Sin atención.	No hubo atención.
	Cansancio.	Largas y fuertes jornadas de trabajo.	Agotamiento.	Jugar fútbol, beber cerveza y alcohol.	Lograba mitigar el cansancio.
	Problemas mentales.	Estar alejado de su hija.	Ansiedad.	Sin atención médica, solo esperar el regreso a México.	Solo el retorno a México mitigaba esa molestia.
	Malestar en los ojos.	Caída de concreto en los ojos.	Dolor, irritación, ardor, resequedad.	Medicina alópata, automedicación.	Medicina alópata sin resultados. Solo funcionó ponerse gotas.
	Accidente en el que se desviaron varios discos de la cintura.	Mala postura en la realización del trabajo, no utilizar faja.	Dolor, no poder caminar, depresión, ansiedad, intento de suicidio.	Medicina alópata, autoatención.	Hasta cierto punto el tratamiento dio buenos resultados.
Retorno	Continuidad en el tratamiento de la cintura.	Mala postura en la realización del trabajo.	Dolor en la cintura.	Medicina tradicional (curanderos).	Buenos resultados, logrando realizar sus actividades de manera normal.
	Carnosidad en los ojos.	Posiblemente por el concreto que le cayó en los ojos trabajando en Estados Unidos.	Ojos rojos, ardor.	Autoatención, solo gotas para lubricar los ojos.	El problema real sin atención.

Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a Alberto.

Cuando pasé a la otra compañía [Michoacanos Construction] ahí fue el problema de la cintura. El trabajo era el mismo [de la empresa en la que trabajó con anterioridad], nada más que aquí había que hacerlo manualmente. Entonces, al querer sacar un pedazo de guarnición que es de 30 centímetros, con el marro de 20 libras me agacho a quererlo levantar, un compañero luego le mete el pico para hacerle palanca, se le chispa el marro y me voy con todo y piedra. Me agarró flojo y me descompongo la cintura. Se me desviaron 3 discos, primero, segundo y cuarto [...] Estoy operado de la cintura, tengo un disco de fierro. Ya de ahí me tardé para venirme, pues, con terapias y todo eso como 2 años. (Alberto, comunicación personal, 19 de agosto de 2021)

Al momento del accidente Alberto recuerda haber escuchado que «me tronó atrás del coxis», sintió un dolor intenso, falta de movimiento en la pierna derecha y no se podía enderezar. En el hospital privado al que lo trasladó personal de la compañía se dio cuenta de la gravedad del incidente. Le pusieron una placa de metal para sostener a los otros discos de la columna.

Pidieron en primera instancia una ambulancia, pero no me llevó, que, porque en ese momento nos encontrábamos trabajando en Dover, en otro condado, y el seguro no abarcaba ese lugar [...] Entonces, en una camioneta de la empresa, que parecía ambulancia me trasladaron a un hospital donde recibí la atención. (Alberto, comunicación personal, 19 de agosto de 2021)

Cuando inició la rehabilitación, Alberto pensaba que con la placa y la terapia podría levantarse de la silla de ruedas en un mes, cuando en realidad el proceso era más largo. Pasar de la constante actividad en su vida diaria a estar postrado en esa silla significó para Alberto el inicio de un cuadro depresivo. Esto a pesar de contar con el apoyo y acompañamiento de sus amistades.

Yo me aguanté un año en silla de ruedas, y el pinche matasanos me decía que yo ya no iba a caminar, entonces me entra una depresión, ahí si te entra la depresión, de que todo el tiempo trabajando, jugando fútbol, eso era de todos los días y del fin de semana. De 20 o 30 amigos que íbamos a jugar fútbol o toda la compañía, la mitad estuvo ahí conmigo. La mitad, que hasta dinero me llevaban, tenga, ahí están 20 dólares, 50 dólares, para que te compres algo, o llegaban con cerveza, o llegaban a tomar a mi casa, así.

“Venimos a convivir contigo”. ¿Qué traen? “Pues traemos cerveza, carne”. Pues órale, pongan ese pinche asador. Entonces yo con la pinche silla de ruedas, ya no más andaba yo repartiéndoles. Pero me daba gusto, en ese rato mientras estaban ellos. O aparentaba tener gusto para no decirles sáquense a chingar su madre, no tengo como para estas pendejadas. Por parte me daba gusto y por otra ya cuando estaban medio pendejos, medio mareados. “¿Y te acuerdas cuando esto y te acuerdas...?” [...] pendejo, no mames, y si no estoy loco, como no me voy a acordar de las cosas. O sea, me hacían recordar cosas que a veces sentía yo que

me dolían, que me estaban lastimando los cabrones. Pero yo, aun así, pues si me acuerdo. (Alberto, comunicación personal, 19 de agosto de 2021)

Este accidente, el tiempo requerido para su recuperación y el hecho de pensar que ya no volvería a caminar agravó su cuadro depresivo, llevándolo incluso a intentar contra su vida:

Me afectó mucho, me dio depresión, ansiedad, estrés, hasta el punto de intentar quitarme la vida 2 veces [...] Esto por estar postrado en una silla de ruedas, ya no podía hacer nada de lo que hacía, ya no podía jugar fútbol, no podía trabajar, no podía hacer nada.

Me pasaba por la cabeza pura pendejada, porque si hubiera estado consciente no lo hago. El doctor me había dicho que “estaba muy mal, que no podía hacer ni esto, ni lo otro”. Me mencionaba que “seguramente iba a tener que usar pampers” [...] Me ponía a pensar que debería de haber llegado del trabajo, echarme mis cervezas, irme a jugar fútbol, ¿y ahora que voy a hacer? No voy a hacer nada. ¿Ahora quién va a sostener a mi familia? Todo en contra [...] Todo lo que pensaste hacer en esos años, ya no lo vas a hacer.

Mi primer intento de suicidio fue al año, estando aún en silla de ruedas [...] Ya se me habían acabado los recursos [...] Decidí tomarme el bote de pastillas con un yogurt, le vacié todas las pastillas al yogurt y me lo tomé. Al comienzo no sentí nada [...] más cuando empiezas a babear como un pinche perro, como con rabia, las pinches tripas calientes, te duele la panza, sientes que te quemas por dentro, más el pinche dolor y no haberme muerto, porque las pinches tripas se hacían nudo en ese momento. (Alberto, comunicación personal, 29 de abril de 2022)

En su primer intento de suicidio, Alberto pensaba que se iba a desvanecer y morir, pero recuerda que empezó a sentir dolor en la cintura y una sensación de calor en el cuerpo. En ese momento, la pareja que tenía en Estados Unidos llegó, y al encontrarlo en esa situación llamó a una ambulancia y lo trasladaron al hospital.

Estuve 3 días en el hospital, me hicieron un lavado de estómago, me pusieron tubos por todos lados, hasta por el ano. Por la boca, la nariz, para desintoxicar todo el cuerpo. Sentí muy feo [...] Ya después de eso regresé a mi casa y todos mis amigos me fueron a visitar. (Alberto, comunicación personal, 29 de abril de 2022)

Después de este suceso, Alberto replicó en su casa un aparato semejante al que usaba en sus terapias en el hospital, para seguir con su proceso de rehabilitación en su domicilio. Comentaba que ya se podía levantar, aunque seguía utilizando la silla de ruedas con menor frecuencia, también compró unas muletas y después un bastón. Estas acciones fueron iniciativa de Alberto, porque en el hospital los especialistas le decían que ya no había nada que hacer, minimizando incluso la utilidad de las terapias. Sin embargo, él consideraba que estaba mejorando y lo mismo apreciaban las fisioterapeutas.

A pesar de sus avances, 3 meses después Alberto intentó suicidarse nuevamente. En esta ocasión discutió con su pareja, por motivos que vislumbran las actitudes y pensamientos machistas: «ella se fue a un baile sin pedirme permiso, sin nada. Agarró su camioneta y se fue. Eso me molestó mucho [...] con eso pierdes confianza, le perdí la confianza». En ese momento Alberto pensó que si regresaba a México en silla de ruedas lo iban a tener que soportar y cuidar, por lo que comenta: «de dar lástima allá, mejor a la chingada, muerto, así que me manden».

Pasaron 3 días y seguían enojados. Ambos tenían un convenio para llamarse, en caso de que Alberto no respondiera a la brevedad podría haber pasado algo. A pesar de que no se hablaban en casa, ella lo seguía llamando para preguntarle si estaba bien. En una de estas llamadas, Alberta comentaba: «yo ya me estaba molestando de tanta llamadera, y en una de esas me despedí y le dije adiós, cosa que nunca había hecho, siempre le decía nos vemos al rato, hasta luego».

La despedida, como lo señala en la narrativa respondió a su decisión de quitarse la vida. Aunque nuevamente se trató de un intento fallido. Cuando su pareja llegó a casa, fue trasladado al hospital por segunda ocasión, le tomaron los signos vitales y le revisaron las cuerdas vocales para descartar afectaciones ante su intento de ahorcarse.

Bajé al sótano, hasta arrastrando me bajé 8 escalones, colgué unas cuerdas en la tubería del drenaje de la casa, me puse un lazo en el cuello, pero la tubería no soportó mi peso y me caí con todo y tubería y agua. Quedé muy marcado del cuello por lo del lazo [...] Ahí me quedé como media hora tirado, y el teléfono sonando. Luego llega ella, yo me estaba bañando y puso mi ropa en la basura [...] Ella mandó a llamar a una ambulancia, se puso a llorar y me dijo “perdóname, ya no voy a volver a hacer eso”. Dice ella que “lo raro de todo fue que yo le hubiera dicho adiós, porque nunca le decía así y se quedó pensando mucho en eso”. (Alberto, comunicación personal, 29 de abril de 2022)

Posteriormente lo remitieron a un instituto psiquiátrico, un «manicomio» en palabras de Alberto. En este lugar le administraron medicamentos para la depresión y ansiedad. Permaneció ahí 8 días. Estuvo en un cuarto con esponjas en todo alrededor para que no se hiciera daño. Cuando lo dieron de alta, Alberto recuerda que salió drogado de tanta pastilla que le daban. Estas pastillas las siguió tomando 2 semanas más, y luego las suspendió, aunque seguía yendo a surtir su receta.

Después de este acontecimiento Alberto estuvo más tranquilo y siguió con sus terapias en su casa, aunque no tuvo acompañamiento psicológico. Con las terapias logró dejar la silla de ruedas y estar solo con bastón. Sus amigos continuaban visitándolo, tomaban cervezas, convivían y dice: «le tomé el pinche sentido a la vida». Con esto en mente, siguió trabajando en su proceso de recuperación y en las noches hacía sus ejercicios. Siempre estuvo tomando medicamentos únicamente para el dolor.

En Estados Unidos permaneció 2 años después del accidente, sin poder trabajar. Cuando recibió la indemnización por parte de la empresa se regresó para México, para entonces ya podía caminar usando un bastón. Su pareja se quedó en Estados Unidos, reconociendo y agradeciendo que fue un pilar fundamental en su vida porque siempre lo apoyó y lo soportó. Durante todo este tiempo Alberto no dejó de enviar remesas a su esposa en México.

Al Retorno a Tepetzingo: Alivio por Medio de Curanderos. En el retorno hacia México, Alberto manifestó que su único problema era el dolor de la cintura, y para ello, seguía tomando las pastillas que le recetaron en Estados Unidos, además de que en su casa volvió a replicar la estructura que le servía para su rehabilitación, con algunos aparatos que se trajo de ese país (Cuadro 22 y Anexo 7).

Al hospital nunca fui porque ahí no hacen nada. Entonces yo me compré medicamentos, porque me traje medicamentos de allá. O sea, que rápido me los acabé porque aquí me hacían falta, por no quererme acabar los medicamentos que traje de allá, tomaba yo de diferentes aquí. Compraba para el dolor. Entonces cuando no aguantaba el dolor, me tenía que tomar uno de los que traía de allá. O sea, esas me noqueaban. Si me la tomo ahorita, me relajo y me duermo. (Alberto, comunicación personal, 19 de agosto de 2021)

En su deseo por recuperarse, 2 meses después de su regreso, Alberto buscó otras opciones de atención. Por recomendación de gente conocida en el pueblo acudió con un curandero. En esa ocasión le cobraron 800 pesos, pero quedó lastimado, no pudo caminar por una semana y lo sacaban a tomar el sol como al principio de su recuperación.

Estaba sentado viendo el fútbol y se me acercó un conocido con una cerveza y me comenzó a preguntar “¿qué me había pasado?” [...] Me dijo que “conozco un señor en Zepayautla, si quieres vamos a ver que dice” [...] A los 2 días fuimos, pero resultó que no estaba, que llegaba tarde de trabajar. Al otro día regresamos, pero ya tenía una cita, pues me conseguí su número telefónico y lo llamé para concertar la cita. Está persona me dijo “que sí podía curarme, que iba a buscar las yerbas y que me esperaba al otro día”.

Al otro día fui, me acostó boca abajo, como en una especie de tarima alta con una colchoneta y me comenzó a sobar toda la espalda con las manos, echándome agua caliente con diferentes yerbas. Luego me sobó con un rodillo. Ahí se hizo como hora y media [...] De ahí salí, pero cargándome para poderme subir a la camioneta. (Alberto, comunicación personal, 6 de mayo de 2022)

Después de esa experiencia no volvió con esta persona. Incluso ante los reclamos de su esposa se sentía incomprendido:

Luego me decía mi esposa que “¿para qué fuiste? ¿quién te llevó?” Puros regaños. Todos me pelearon, pero nadie me entendía [...] Si ya estaba mejor así, poco, pero caminabas [...] A la semana me levanté, pero bien lastimado, hasta morada tenía la espalda, pero no curado, seguí como estaba. (Alberto, comunicación personal, 6 de mayo de 2022)

Después de 2 semanas acudió con otro curandero en el municipio de Zumpahuacán, un amigo lo llevó con él bajo la promesa de que se iba a curar, pero en esa ocasión no lo atendió. En una segunda visita, Alberto fue con su esposa, de regreso a su casa empezó a sentir mucho dolor, lo mitigó con los medicamentos que traía de Estados Unidos. Al día siguiente tenía heridas en la cintura, que al parecer resultaron de la mezcla de pomadas que realizó el curandero. Alberto siguió igual y tampoco volvió con él.

Lo encontramos y nos ofreció un mezcal. Le dije que veníamos para que me curara y le comencé a contar todo lo que había pasado. Luego me ofreció otro mezcal, y salí borracho de ahí, no me pudo curar [en ese momento], pero si me dijo que “volviera al otro día, que ahí si me iba a curar” [...] Al otro día fui con mi esposa, aunque ella renegando [...] No, pues, no más me colgó este cabrón, me colgó de los pies como un pinche pollo. Me amarró los pies y me colgó, me sobaba también con las manos y con cremas, VapoRub, árnica y otra crema que le ponen a la ubre de las vacas que se llama la Tía, todas ellas cremas calientes [...] Me sobaba la panza, la espalda, las cuerdas de los pies, prácticamente me sobó todo el cuerpo. Se tardó como una hora y me cobró 500 pesos [...] Me descolgó, me puse la ropa [lo había dejado solo con ropa interior] y en ese momento me sentía bien, porque estaba todo caliente de todo lo que me había hecho [...] Echaba los mismos pasos y me decía el curandero “que al otro día que estuviera menos adolorido ya iba a poder caminar, o si no, que volviera para darme otra sobada, o pasado mañana para no lastimarme mucho”. (Alberto, comunicación personal, 6 de mayo de 2022)

Un mes después fue con otra curandera en el municipio de Villa Guerrero, en la localidad de San Bartolo. La recomendación la hizo una señora de Tepetzingo, quien le dijo que ese problema lo podía sanar. Alberto se convenció, pero su esposa se enojó, pues ella consideraba «que no más buscaba que me lastimaran y luego iba a estar llorando». Aunque inicialmente se negó a acompañarlo terminó haciéndolo.

En esa ocasión Alberto tenía esperanzas de resolver su problema, pues la curandera sabía interpretar los estudios, además de que pudo observar la atención de ésta con un niño que llegó lastimado:

Llegué con la curandera y le conté todo lo que me había pasado. Ya con ella llevé todas las radiografías que me había sacado en Estados Unidos, y sí le entendía. Me dijo que tenía 3 discos desviados, pero que el nervio estaba contraído, estaba hinchado [...] Me iba a empezar a curar cuando llegó una familia con un niño que se había dislocado el codo, y le dije a la señora que atendiera al niño [...] Se lavó la señora las manos con unas yerbas, y comenzó a darle al niño como ciertos golpes y rápido le enderezó sus huesos. El niño había estado llorando mucho del dolor, pero salió bien de ahí.

Eso del niño me hizo emocionar mucho, eso fue de volada con el niño, no importa que doliera. Me recosté en un catre boca abajo, me dio una sobada, me tronó los huesos de los brazos, piernas, todo, y la cintura. Yo le decía que se sentía bien, se sentía rico [...] Luego me dijo la curandera “que ya estaba, a ver qué pasa al otro día” [...] Le dije que me pegara unos madrazos como al niño, pero me dijo que “no, lo tuyo no era así, pero que volviera al otro día”. Me puse de nuevo la ropa, me regresé a casa y estaba tranquilo, porque no me dolía nada [...] Me cobró 400 pesos.

Al otro día amanecí un poco adolorido pero todo normal [...] Volví con la señora y me volvió a sobar, pero está vez más fuerte, se enfocó más en la cintura, me lastimó, pero no me afectó [...] Me acosté de perfil y me apretó las caderas, tronando en los 2 lados. Me dijo que al “parecer ya entró, pero que había que esperar”. (Alberto, comunicación personal, 6 de mayo de 2022)

A los días Alberto regresó con la curandera, siguiendo sus instrucciones. En esa ocasión, después de la sesión, su pierna afectada le comenzó a doler en la parte de atrás, lo que no le había sucedido. Alberto habló con la curandera para comentarle, respondiendo que posiblemente se aflojó ese nervio y apretó el otro. En la pierna «sentía que se me tronaba la cuerda, estaba bien contraída». Alberto mencionó que discutía con frecuencia con su esposa, porque ella decía que solo iba a que lo lastimaran.

Regresó por tercera vez con la curandera y lo sobó de manera diferente, con otras yerbas. La curandera le comentó que estaba embrujado y que sus malos espíritus no lo dejaban recuperar. Por ese motivo le dijo que lo iba a mandar con otra persona y que no le iba a cobrar. En cada sesión le cobró 400 pesos y Alberto ya no regresó, después de esa última recomendación.

En su ánimo por sentirse bien, buscó otra opción en Ixtapan de la Sal. En esa ocasión nuevamente lo lastimaron, comenta que sentía dolor y ardor. El curandero manifestó que era normal, a causa de las pomadas calientes.

El señor me empezó a curar y me dijo que tenía los discos desviados, que eran 3 y uno de fierro. Le pregunté que quién le había enseñado mi expediente, y me dijo “que ahí se siente”. Me estuvo sobando, me puso una almohada en el estómago para que quedara recta la espalda [...] De repente mete un empujón para abajo y me truena, pegué el grito [...] Me dijo que “moviera las piernas”, y sí, sin problema. Me dijo que “ya estaba”. Me paro y le digo que me está punzando, pero él señor dijo “que era normal, que así iba a estar 2 días” [...] Me cobró 600 pesos. (Alberto, comunicación personal, 6 de mayo de 2022)

Posteriormente se tomó una pastilla de las que traía de Estados Unidos para dormir. Pero al día siguiente no sentía los pies, estaban adormecidos e hinchados a la altura de los tobillos, decía que le hacía falta sangre en las piernas. Se recostó en la cama y colocó sus pies contra la pared alrededor de una hora hasta que sintió que ya no estaba inflamado de los pies. Ya no volvió donde ese curandero.

Alberto estaba decidido a buscar una opción de alivio a su problema, por lo que 2 semanas después fue con otro curandero, aunque no lo atendió diciéndole que no era su especialidad.

Mes y medio después, en una gasolinería de Tenancingo, un señor le comentó que a él lo había curado una persona de Cuautla (Morelos). Le mencionó que él ya podía caminar, pero que se apoyaba de la silla de ruedas porque se cansa. Alberto fue a Cuautla guiado por este señor, siendo con la atención de este último curandero que percibió haber encontrado alivio a su problema de salud, 6 meses después de haber regresado de Estados Unidos.

Este señor me colgó de los brazos y luego de la cadera y me dio un giro fuerte, como una sacudida [...] Yo sentí que me tronó la cintura y hasta más arriba [...] Después de eso me recostó y me puso una toalla caliente [...] Luego me volvió a colgar y me sacudió, pero del lado contrario [...] Siempre que me daba las sacudidas me agarraba desprevenido, me dolía mucho, pero el curandero me decía que “era normal” [...] Me pregunta el señor que, “¿si ya me había tronado todo?”, le digo que sí. “Que ya estaba”. Me pregunta el señor “¿qué quiero tomar?”, y le digo a mi esposa que me trajera una pastilla del carro [...] Dice el señor que “no, nada de pastillas”, y de nuevo me dijo “¿qué quería tomar?”, una cerveza, contesté yo. (Alberto, comunicación personal, 6 de mayo de 2022)

Después de haber realizado el trabajo, cuando Alberto aún se encontraba colgado, el curandero le ofreció mezcal. Le comentó que tomar mucha cerveza lo ha perjudicado, porque

le mete frío y su cintura la tenía fría, por lo que le recomendó ya no tomar tanta cerveza fría, o tomarla y luego un mezcal para compensar el frío.

Me tomé el mezcal, y luego el señor me da 2 golpes en los talones hacia arriba, uno en cada pie [...] Luego me descuelga y me sienta en un banco de concreto. Me toma del cuello, me da un jalón para arriba, me tuerce el cuello para la derecha y para la izquierda [...] Luego se recarga en mis hombros y hace presión hacia abajo, como si me estuviera hundiendo. Me dice que “ya estaba” [...] Luego me ofreció más mezcal. (Alberto, comunicación personal, 6 de mayo de 2022)

En esa ocasión pagó 500 pesos. De regreso a casa Alberto iba feliz porque sentía que ya lo habían curado. Llegando a su casa, se recostó y al día siguiente decía que no sentía nada de dolor a causa del problema de la cintura, solo lo de la sobada. Su esposa lloró y Alberto dijo: «¡ves que sí íbamos a encontrar el bueno, quien me curara!».

Después de 2 meses Alberto sintió que podía jugar, improvisó una portería y se puso a jugar con sus sobrinos en su casa. Comentaba que en esa ocasión le tiran un pelotazo esquinado y se lanza, pero cayó mal y se le salió el aire. Aunque su familia se preocupó por la caída, este momento fue muy emotivo para Alberto, se reía, lloraba y decía que ya iba a poder jugar fútbol.

Una vez se curó, Alberto dejó de tomar las pastillas para el dolor de la cintura. Decía: «no me quería hacer adicto a esas pendejadas». Cuando presenta dolor se mueve, camina, hace ejercicio y en temporada de frío se faja para calentar la parte de la cintura y evitar malestar por la placa de metal que tiene.

Con el transcurso del tiempo empezó a presentar problemas en sus ojos, tiene carnosidad y sus ojos se le ven rojos permanentemente. De acuerdo con su testimonio, este problema tuvo su origen en el vecino país cuando le cayó el concreto en la cara. En México ha buscado atenderse, pero los especialistas lo desaniman cuando le hacen saber los riesgos que puede tener la operación. Alberto ha tomado la decisión de no operarse y usa gotas por las noches para lubricar sus ojos.

Cuando yo fui para mis ojos, me dicen, “no, es que, tal vez en la operación fallemos y no puedas ver”. Pues chinga a tu madre, pues así me quedo [...] Una vez, un doctor, en México, me tocó ir hasta México [Ciudad de México], en el hospital del ojo. Porque tengo unas venas, por decir, están muy pegadas de la retina [...] Que, si me operan con el láser, puede perjudicar a la mera retina. Porque estudios y todo eso ya me los hice. Ya tienen mi expediente. Hasta donde dé. Porque si voy ahorita y todavía puedo ver 10 años más, ya no voy a ver esos 10.

Mejor, veo esos 10, y pues ya, ahí vemos. (Alberto, comunicación personal, 19 de agosto de 2021)

En el itinerario terapéutico de Alberto se tienen elementos para identificar y analizar de manera explícita los PSEAP, pues en su experiencia de vida precisa los problemas de salud y las diferentes acciones y estrategias que utilizó de manera sostenida para atenderse. Al igual que la mayoría de los migrantes entrevistados, los problemas de salud mental y emocional tienen un peso importante en su itinerario terapéutico. En este caso, se pone en evidencia, por ejemplo, que la falta de un adecuado acompañamiento psicológico trascendió en 2 intentos de suicidio ante el estrés, ansiedad y depresión que experimentó al encontrarse en una silla de ruedas y limitado para el desarrollo de sus actividades.

«Está Experiencia me Cambió mi Forma de Ser, Ya no Soy Tan Alegre». **Vivencias e Itinerario Terapéutico de Esteban.** La expresión de Esteban responde a su experiencia de deportación y el cambio que experimentó en su actitud después de ésta, particularmente porque considera que ya no pudo lograr el propósito por el que emigró a Estados Unidos.

En Tepetzingo: El Pie Plano como Acompañante Permanente de Toda la Vida. El principal problema que tuvo Esteban en su niñez fue pie plano, por lo que se cansaba frecuentemente cuando permanecía parado o camina mucho. Este problema de nacimiento lo atendió inicialmente con un ortopedista. Uso zapatos ortopédicos por un tiempo, aunque actualmente las molestias continúan (Cuadro 23 y Anexo 8).

Este problema me lo trató un médico ortopedista, el cual me mandó zapatos ortopédicos [...] Los usé desde muy niño hasta comenzar la secundaria, pues de ahí en adelante ya no quise porque me daba pena [...] Tenía que hacer unas terapias con un cilindro de madera o una botella de vidrio, y estar como una hora colocando la planta de los pies en estas cosas y mover el pie hacia adelante y hacia atrás [...] Era como una especie de masaje [...] Solo lo hice también hasta comenzar la secundaria. (Esteban, comunicación personal, 6 de diciembre de 2021)

Otro problema que presentó fue en los ojos. Lo llevaron con especialistas y el diagnóstico fue conjuntivitis primaveral, causada por la sensibilidad al aire y al polvo: «me recetaron anteojos que se hacían oscuros en el sol y claros en la sombra [...] Los usé más o menos de los 7 a 9 años, luego ya no quise ponérmelos». Además de los lentes, Esteban no

llevó un tratamiento especial. Fue una molestia que se fue quitando gradualmente con el paso de los años.

Otras de las molestias que Esteban presentaba frecuentemente eran gripas, temperatura y a veces no podía caminar. Su atención era tanto en el centro de salud, como con un médico particular, con un gasto promedio de entre 400 y 500 pesos por consulta y medicamentos.

Siempre me llevaron al médico, uno en particular que siempre me trataba [...] Otros médicos a veces no me querían atender por la calentura que llevaba. Cuando la fiebre era muy fuerte, me ponían inyecciones, y si no, jarabes [...] Generalmente me llevaban al Centro de Salud de Tenancingo, que era lo más normal y lo más barato, pero después que encontramos el otro doctor, lo buscábamos a él directamente. (Esteban, comunicación personal, 6 de diciembre de 2021)

En el caso de Esteban, a diferencia de los otros migrantes, la medicina tradicional fue empleada de vez en cuando, con té que ocasionalmente le daba su mamá para determinados malestares.

Esteban expresaba que en la primaria llevaba sobre el cuerpo algún escapulario o medallita para protección. Antes de emigrar a Estados Unidos estaba muy estresado porque no tenía un trabajo estable y su hija recién nacida presentó un problema de salud y él no tenía los suficientes recursos económicos para solventar este gasto. Fue así como decidió irse para el vecino país, con el propósito de mejorar su situación económica y la de su familia.

Durante el Traslado: Miedos, Nervios, Cansancio y Dolores de Cabeza Constantes.

Esteban mencionaba que durante el traslado hacia Estados Unidos presentó varios malestares físicos y emocionales (Cuadro 23 y Anexo 8):

Durante el trayecto padecí de dolores de cabeza y muchos nervios, sobre todo de pensar de cómo nos iba a ir [...] También me dieron dolores de estómago, no me caían bien los enlatados. Además, cuando se nos acababa el agua, teníamos que llegar a tomar agua de la que bebían los animales, bien sucia, como de color café o verdosa, y se le veían animales [...] Yo creo que a partir de ahí tuve problemas en la garganta, por esas bacterias que tomaba en esa agua. Mucho miedo, cuando llegamos al hotel en Tamaulipas ni siquiera salíamos porque nos decían los mismos coyotes que la policía de ahí les quitaba el dinero, pues como saben que llega gente que quiere irse para Estados Unidos, saben que llevan mínimo 2 mil o 3 mil pesos para comprar los galones de agua, tortillas de harina, frijoles enlatados, había que hacer una despensa y echarla en la mochila. Mucho cansancio en los pies de tanto caminar. (Esteban, comunicación personal, 6 de diciembre de 2021)

Cuadro 23*Especificidades del itinerario terapéutico de Esteban*

Trayectoria migratoria/ Itinerario terapéutico	1. Detección del padecimiento/enfermedad	2. Posibles causas del padecimiento/enfermedad	3. Síntomas de acuerdo con las representaciones	4. Tipo de atención de acuerdo con los recursos disponibles y creencias	5. Satisfacción con el tratamiento/cambio del tipo de atención
Origen	Pie plano.	Problema de nacimiento.	Dolor en la planta de los pies.	Medicina alópata.	No tuvo buenos resultados, no siguió con el tratamiento.
	Conjuntivitis primaveral.	Sensibilidad al aire y polvo.	Ojos rojos.	Medicina alópata.	Tratamiento truncado porque no quiso seguir usando los lentes.
	Malestares comunes.	Clima, condiciones de higiene.	Gripa, fiebre, no poder caminar.	Medicina alópata, medicina tradicional.	Se curaba en su momento y con el paso de los años se redujeron las molestias.
Traslado	Malestares mentales.	Complicadas condiciones para cruzar la frontera.	Dolor de cabeza, miedo, nervios.	Orar.	Logró cruzar sin ser detenido.
	Problemas físicos.	Complicadas condiciones para cruzar la frontera.	Dolor de estómago, malestares en la garganta, cansancio en los pies	Aguantarse el dolor.	No tuvo atención.
	Espinas enterradas en la espalda.	Complicadas condiciones para cruzar la frontera.	Dolor.	Autoatención, ayuda recibida por el coyote.	Sin atención médica, pero le quitaron las espinas.
Recepción	Problemas estomacales.	Cambio de alimentación.	Dolor de estómago, diarrea, vómito.	Automedicación, tomar paracetamol para los dolores.	Sin tratamiento médico, solo tomar paracetamol.
	Deshidratación.	Fuerte calor.	Debilitamiento.	Autoatención, tomar agua y bebidas energizantes.	Buenos resultados.
	Cansancio.	Largas y fuertes jornadas de trabajo, pie plano.	Agotamiento, dolor en la planta de los pies.	Automedicación, tomar paracetamol para los dolores.	Sin tratamiento médico, solo tomar paracetamol.
Retorno	Afectaciones psicológicas y emocionales.	Deportación, no cumplir la meta que tenía estipulada.	Depresión, estrés, ansiedad, punzaciones en la cabeza, no ser el mismo que antes de irse.	Medicina tradicional (curanderos).	Los resultados no son los mejores, algunos problemas persisten.
	Continuación de los problemas estomacales, intolerancia a la lactosa, colitis nerviosa.	Cambio de alimentación en Estados Unidos.	Dolor de estómago, diarrea y vómito.	Medicina alópata.	Los resultados no han sido los mejores, aún presenta algunas molestias.
	Problema en la garganta y nariz.	No cuidarse, salir en las noches sin camisa.	Dolor de garganta, nariz tapada.	Medicina alópata, autoatención, automedicación, familiares.	Resultados no muy buenos.

Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a Esteban.

Por el cansancio llegó el momento que Esteban ya no podía continuar, les pidió a sus acompañantes que avanzaran y lo dejaran porque ya no podía más. En su intento por desistir quería encender lumbre para que llegara la migra por él. Sin embargo, otro de los guías lo apoyo para que pudiera continuar:

En uno de esos momentos, el guía me dio una pastilla y me dijo que me la tomara. La pastilla era según para que agarrara energía y pudiera seguir. De repente uno de los guías del grupo que venía atrás me encontró, y me preguntó “¿qué tienes?”, le dije que estaba muy mareado, que todo me da vueltas. Me preguntó “¿si había comido algo o tomado algo?”, y le dije que el Toro [así llamaban al otro guía] me había dado una pastilla como de color verde [...] Me dijo este guía “¡pinche cabrón, te drogó este cabrón! Te dio pastillas que se toman los trailers para mantenerse despiertos”.

Me preguntó el guía qué “si llevaba suero”, y le dije que sí, y me dijo que “tomara suero entonces, que me iba a esperar, pero que me vaya mojando los labios poquito a poquito” [...] Fue así que fui reaccionando y me fui con este guía hasta que los alcanzamos y nos fuimos de largo, porque me seguí con el guía que me había encontrado [...] En una de las ocasiones en donde nos tocó encondernos, me aventé en un lugar para esconderme, parecía un pastizal, pero había un nopal ahí tirado, y se me espinó toda la espalda y se me encajó uno en el pie [...] Eran grandes las espinas, hasta me atravesó la bota [...] Me caí en un charco de agua en una de las noches, aparte de que estaba haciendo mucho frío. (Esteban, comunicación personal, 6 de diciembre de 2021)

La narrativa de Esteban expresa los múltiples peligros que se viven durante la experiencia del cruce, la vulnerabilidad constante, así como el riesgo a ser abandonados por los guías, o bien, a ser asistidos por éstos. En estas experiencias se ponen en evidencia los miedos y procesos de ansiedad que viven los migrantes, siendo la fe y espiritualidad un mecanismo de protección, como lo manifiesta Esteban: «cuando sentía esos momentos de peligro, cuando veía por ahí a la migra, lo que hacía era nada más recostarme, sentarme y orar. Ahí si te acuerdas de orar».

En Delaware: Cambios en la Alimentación, Cansancio y Deshidratación. Esteban contaba que en Estados Unidos presentó también diversos malestares, tanto por el cambio de dieta, como por el clima y sus problemas de salud propios de la niñez (Cuadro 23 y Anexo 8):

Mucho dolor de estómago, diarrea y vómito. Pura comida chatarra. En mucho se debió a la alimentación, pues era muy diferente a lo que estaba acostumbrado en México. Había veces en que estaba trabajando y pues la deshidratación, pues ahí también pega el sol muy fuerte, entonces como que sí, me deshidrataba mucho [...] Mucho cansancio, también igual, me dolía

mucho la espalda. También la planta de los pies, porque soy de pie plano, como le dicen aquí. Y pues 8 o 10 horas y camine podando el pasto, pues si llegaba y sentía mis pies que no los soportaba. (Esteban, comunicación personal, 17 de julio de 2021)

Los problemas estomacales que Esteban desarrolló en Estados Unidos generaron intolerancia a la lactosa. A pesar de ello, lo que hacía era automedicarse con paracetamol. La intensidad de este malestar lo afectó en lo laboral, pues en ocasiones su cuñado u otro familiar tuvieron que ir por él porque no soportaba el dolor. Le daban té u otros medicamentos (no recuerda el nombre) para calmar el dolor. Su empleador le pidió que se atendiera, sin embargo, Esteban no lo hizo, pues decía que era caro ir a un hospital, prefirió aguantarse, tomar té o los medicamentos que le daban sus familiares.

Esta misma práctica adoptó para el dolor en la espalda y en los pies, pues no se atendió, se aguantó el dolor y lo único que hacía era descansar cuando podía. A lo largo de su itinerario terapéutico Esteban no priorizó la atención de su salud y a la fecha sigue presentando malestares relacionados con estos padecimientos.

Al Retorno a Tepetzingo: La Deportación y sus Efectos en la Salud Física y Emocional. A su regreso, Esteban recuerda su proceso de deportación con dolor. Fue una experiencia que lo afectó psicológica y emocionalmente al haberse declarado culpable de un delito que no cometió (Cuadro 23 y Anexo 8).

Ya no soy el mismo [...]Esta experiencia me cambió mi forma de ser, ya no soy tan alegre, el de pensar ya no dejo a mi hija, ni mi esposa. (Esteban, comunicación personal, 17 de julio de 2021)

Su impotencia, estrés y tristeza trascendió en la presencia de dolores de espalda y cabeza. Se atormentaba pensando en su deportación, en su familia, en el estado de salud de su papá, además del fallecimiento de un amigo muy cercano. Para ello acudió con un curandero, quien a partir de sus creencias le explicó el motivo de sus padecimientos:

Por medio de masajes en la espalda y cabeza [...] Una vez terminando estos masajes fue el curandero que me dijo “de los problemas mentales”, diciéndome que “me encontraba como en un estado de depresión, y está hace que sienta esos síntomas” [...] No me hizo nada por estos problemas, solo me dijo que “eran problemas mentales [...] Que mi espíritu andaba vagando, que no tenía alma en mi cuerpo, pero que en cualquier momento regresaba, que era como algo temporal”. (Esteban, comunicación personal, 6 de diciembre de 2021)

Los problemas del estómago, vómito y diarrea que venía acarreado de Estados Unidos resultaron en un diagnóstico de colitis nerviosa, para ello toma medicamentos aproximadamente cada 6 meses y/o cuando presenta malestares:

Fui con un médico y me diagnosticaron colitis nerviosa, teniendo como consecuencia ser intolerante a la lactosa [...] Ya como desde 2019, ya soporto un poco más los lácteos [...] La leche es la que me cae mal a mi organismo, definitivamente no la tolero [...] Para la colitis nerviosa me dieron unas pastillas, las tomé como entre año y medio y 2 años después de que regresé [...] De repente me las vuelvo a tomar cuando me siento mal del estómago [...] Cuando ocurre esto, voy con el médico, me revisan y me dicen que me las tome [...] Esto ocurre como cada 6 meses hasta el momento [...] Dependiendo del dolor y con el médico que vaya me recetan las pastillas. (Esteban, comunicación personal, 6 de diciembre de 2021)

Otro problema que padeció a su regreso fue congestiónamiento nasal frecuente, lo cual, según el testimonio de Esteban obedece al mal cuidado cuando sale. Se atendió con médico alópata, el cual le recetó medicamentos. Esteban dice que el alivio es temporal, pues el malestar regresa y actualmente lo presenta. Por eso decidió no regresar a consulta, lo que hace: «es ponerme alcohol en el pecho y VapoRub, porque de repente no puedo ni respirar, y eso me sirve para descongestionar las vías respiratorias». Frente a estos padecimientos, su familia lo ha llevado con el curandero y/o médicos alópatas.

En el itinerario terapéutico de Esteban se distinguen los diferentes problemas de salud/enfermedad en las fases del proceso migratorio. Una permanencia en Estados Unidos que fue relativamente corta pero que tuvo varias repercusiones en su salud, sobre todo por la forma en la que se dio el regreso. Esteban, aparentemente, en comparación con otros migrantes entrevistados, fue mayormente susceptible a problemas de salud por el entorno que lo rodeaba, desde el mismo traslado con el consumo de alimentos enlatados, el clima extremo, pero también en el lugar de recepción por el tipo de alimentación que frecuentaba, provocándole malestares que persisten en la actualidad. Aunado a lo anterior, estos problemas se han agravado ante la falta de atención, por lo que parece ser el desinterés de Esteban para cuidar de su salud física y mental.

Acceso a Servicios de Salud y Pluralismo Médico: «Creencias que se Han ido Esparciendo por la Necesidad de Encontrar la Salud Corporal, Física y Espiritual»

La expresión con la que inicia este apartado fue expuesta por el presbítero Rubén, de la parroquia de San Francisco de Asís, en el centro de Tenancingo, quien fue entrevistado por medio de Zoom en el marco de esta investigación. Esta noción hace alusión a la presencia de otro tipo de prácticas, que no corresponden con la religión católica, pero que son utilizadas para atender diversos problemas de salud.

Como se ha visto lo largo de este capítulo, los problemas de salud de los migrantes tenancinguenses entrevistados ponen de manifiesto la presencia de diferentes estrategias de atención. Entre los modelos de atención referidos por Menéndez (1983) destaca el MMH, a la que acudieron los 8 migrantes, así como el uso de otras alternativas como la medicina tradicional, medicina herbolaria, curanderos, medicina tradicional china, actividades de recreación, autoatención, automedicación, creencias religiosas, el trabajo como recurso para ocuparse, distraerse y no pensar en situaciones que pueden afectar la salud mental, así como los saberes compartidos por conocidos o amistades.

Se trata de una multiplicidad de modelos y estrategias de atención encaminadas a buscar diversas alternativas de salud que brinden alivio a los problemas de salud/enfermedad. Ejemplo de ello se tiene en el caso de Erasto, quien se refugió en la religión católica para sobrellevar la pérdida de su matrimonio, la medicina alópata para atender el problema del derrame cerebral, además de conjugar este tratamiento con sus propios saberes de la medicina tradicional y la medicina homeópata. Cada experiencia y padecimiento, en su percepción, ha requerido activar diferentes estrategias que han sido funcionales en su proceso de rehabilitación.

El caso de Mary, específicamente la hemorragia nasal que presentó en su niñez es otro caso, donde el sistema de creencias entra en juego para encontrar una sanación, que no fue proporcionada por los médicos alópatas. Así también, el peso de la religión se tiene en el caso de Norberto, quien dejó su adicción a las drogas con la conversión a los Testigos de Jehová.

La conjugación de estas estrategias es diversa. Por ejemplo, Azucena y Adriana acuden con frecuencia a la medicina tradicional –tés, hierbas que conocen o que han ido

conociendo—, pues así lo aprendieron desde pequeñas, con sus mamás, por lo que, replican y ponen en práctica sus saberes y conocimientos adquiridos en su experiencia de vida. Esto no significa que no acudan con los médicos alópatas, pero sí hace que sus procesos de atención privilegien la medicina tradicional en sus PSEAP. A diferencia de Micaela quien ha confiado su atención en médicos alópatas, especialistas, y en algunas ocasiones, automedicación y autoatención.

Esteban, Norberto y Alberto, en sus casos, destacan la importancia de la medicina alópata y de los curanderos o hueseros para atender sus diversos problemas de salud. Es importante señalar, la determinación que cada sujeto manifiesta en torno a sus procesos de cuidado y atención, como se pudo observar en el caso de Alberto, quien elaboró su propio aparato para dar continuidad, en Estados Unidos y en México, a los ejercicios aprendidos en las terapias de rehabilitación. El deseo por recuperarse, como se mostró anteriormente, lo llevaron también a un proceso de acción sostenido, con la búsqueda constante de diferentes curanderos especializados en su problema.

En este sentido, los problemas de salud experimentados por las 8 personas migrantes de Tenancingo fueron y son solucionados de acuerdo con su sistema de creencias y saberes, en mucho determinados por la gravedad del padecimiento, los recursos para acceder a los servicios de salud, la eficacia de dichas formas de atención y la confianza en los mecanismos que cada especialista o prestador de servicios utiliza, sea éste médico, naturista, curandero, huesero, religioso o de otro tipo que resulte funcional a sus problemas. Es importante también no dejar de lado los esquemas de autoatención, automedicación y en algunos casos la no atención, pues se trata de componentes que son comunes y hacen parte de los PSEAP de los migrantes entrevistados, sobre todo en circunstancias que no permiten el ejercicio o práctica de otro tipo de acciones orientadas a la solución de sus problemas de salud.

La Prevención: Hábito para Prevenir Problemas de Salud/Enfermedad

Como se señaló en el capítulo I, la prevención hace parte fundamental del trinomio salud/enfermedad/atención dentro de la universalidad que contempla la antropología médica, para hacer énfasis en los mecanismos que la población adopta para evitar y prevenir posibles problemas de salud en su vida. En este sentido, Menéndez (1994) argumenta que la población crea y reproduce una serie de prácticas de prevención para aquellos malestares y

padecimientos que aquejan su salud de manera cotidiana. Desde la socioantropología la mayor parte de los criterios de prevención son socioculturales, sin considerar si éstos son errados o correctos.

Bajo esta concepción, la población migrante entrevistada ha recurrido a estas prácticas para mejorar o recuperar su estado de salud durante sus diferentes ciclos de vida y en cada una de las fases migratorias. Por ejemplo, antes de emigrar, Mary comentaba que sus abuelos adoptaban estrategias de prevención para evitar que algunos alimentos les hicieran daño:

No éramos muy enfermizos porque estaba mi abuelita y nos decía que tomáramos algo antes de que comiéramos algo que nos pudiera hacer daño [...] No faltaba el alcohol por parte del abuelo, siempre tenía licores que eran según para el dolor de estómago, para otro tipo de dolores, y que se tomaban antes [...] El pulque no faltaba en la casa [...] Siempre había algo que se debería de comer o tomar para que algún alimento o bebida no nos hiciera daño. (Mary, comunicación personal, 8 de diciembre de 2021)

Erasto, cuando estaba joven y podía sostenerse económicamente buscó subsanar las deficiencias alimentarias que tuvo durante su niñez, por lo que empezó a consumir frutas y alimentos nutritivos pensando en su futuro.

Alberto mencionó que en su niñez su mamá les daba algunos remedios para el cuidado de su salud, especialmente para evitar que se enfermaran con frecuencia:

Muchos té, sobre todo de limón. Este té me lo tomaba todas las mañanas y hacía que sacara las lombrices, es un té de yerbas naturales, no de los que venden en sobres. También tomaba de yerbabuena, prodigiosa, manzanilla [...] Este último para relajar el cerebro [...] También café con leche bien cargado para la diarrea. (Alberto, comunicación personal, 22 de abril de 2022)

Por otro lado, durante el traslado a Estados Unidos, algunas personas entrevistadas llevaban consigo medicamentos que les podían servir en caso de presentar alguna molestia o padecimiento. Tal fue el caso de Micaela que llevaba Tylenol y Tempra, así como algunos dulces para compartir. Alberto también llevaba Tempra y otros medicamentos, incluso reconoce la utilidad que estos tuvieron en su momento: «Los llevé y los usé, porque servía para el dolor, para todo». Se trata en este caso de mecanismos de prevención que se adoptan ante el conocimiento de las eventualidades y riesgos a los que se estaban exponiendo.

En un mismo sentido destaca la utilidad del suero, como lo fue para Azucena y Esteban, quienes lo tomaron de manera reiterada, pero en poca cantidad, como un mecanismo para evitar deshidratarse a causa de las altas temperaturas a las que estaban expuestos en sus diferentes intentos de cruce. Así mismo, el agua fue fundamental para todos los migrantes entrevistados, pues se trata de un líquido vital que es necesario llevar consigo para su protección en el desierto.

En el lugar de recepción, los saberes y aprendizajes se activan, como en el caso de Azucena, quien a partir de sus conocimientos de la medicina tradicional buscó emplear estrategias de prevención para el cuidado de su familia:

Mis tés de diente de león, y a ellos [familia] lo que les hacía, a los 3, no solo al que estaba enfermo, sino que a los 3 les echaba el alcohol. Yo nunca hice los de los dulces ni nada de eso, pero si les echaba muy seguido lo del epazote. Compraba del que había en la tienda, el normal, porque allá no hay especialidades como acá, entonces cuando llegaba a ver en la tienda epazote porque no siempre había, yo aprovechaba y los curaba. Y ya les daba su tecito de diente de león. (Azucena, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

En este sentido, como lo señala Menéndez (1994), estas creencias se van creando socioculturalmente de acuerdo con las experiencias vividas. Más allá de considerar si son equivocados o no, lo importante es la convicción y la creencia de que van a dar resultados, como así se manifiesta en las narrativas de las personas entrevistadas, quienes han adoptado unos u otros mecanismos de prevención a partir de su experiencia de vida.

Por otro lado, a pesar de las restricciones que presentan los migrantes indocumentados para acceder a los servicios de salud en Estados Unidos, Azucena aprendió a capitalizar los beneficios a los que pudo acceder en Chicago, en la medida en que priorizó el cuidado de su salud y de su familia haciendo uso de los servicios de salud, tanto curativos como preventivos, así como de los programas para obtener despensas con alimentos balanceados y nutritivos, además del servicio de psicología para el cuidado de su salud mental. Esto último fue particularmente significativo, toda vez que Azucena buscó a través de las terapias psicológicas aminorar el daño psicológico que podría significar para sus hijos llegar a México, en condiciones muy diferentes a sus modos de vida aprendidos y desarrollados en Estados Unidos.

Adriana, por su parte, mientras estuvo en Estados Unidos, comenzó junto con su núcleo familiar a consumir productos de Herbalife, como una manera de complementar nutricionalmente el tipo de alimentación que llevaban. De acuerdo con su testimonio, su pronta recuperación de la cirugía de extirpación de la vesícula responde al consumo de estos productos.

Al retorno, voluntario o forzado, de las y los tenancinguenses, ninguno de los entrevistados manifestó utilizar algún tipo de estrategias de prevención frente a los problemas de salud/enfermedad. Sin embargo, se denotan particularidades asociadas con el contexto de llegada y los modos de vida en éste, pues, por ejemplo, en todos los casos se registró un cambio en el patrón alimenticio, lo que trasciende directamente en su salud ante la disminución en el consumo de refresco u otro tipo de alimentos procesados. El caso más notable fue el de Erasto, pues el problema del derrame cerebral le exigió un cambio drástico en el tipo de alimentación, mismo que ha buscado cumplir, con las limitaciones que le implica depender de lo que le brindan sus hijos.

Por último, es necesario resaltar la importancia de la prevención, pues son estas estrategias las que permiten reducir situaciones de riesgo, así como la presencia de malestares o enfermedades, o bien, cuando éstos ya están presentes, la prevención es útil para contrarrestar su avance y reducir las posibles afectaciones. A pesar de ello, los resultados de esta tesis llevan a la necesidad de trabajar en los esquemas de prevención, en el reconocimiento de su utilidad, en la concientización y sensibilización sobre ésta a fin de promover el cuidado y protección de la salud física y mental.

Consideraciones Finales

El análisis de los itinerarios terapéuticos de las personas migrantes entrevistadas permite identificar los PSEAP de los diferentes malestares y padecimientos presentados en cada fase migratoria. Se pone en evidencia que los principales padecimientos responden a los problemas de salud mental, las violencias y el COVID-19, así como molestias particulares de cada entrevistado, cuyas causas de origen se atribuyen a los modos de vida que han elegido vivir o que les ha tocado vivir, como los hábitos alimenticios, las condiciones de trabajo, las condiciones de la vivienda, el contexto en el que se desarrollan sus vidas y sus trayectos migratorios.

Como lo refiere Perdiguero (2006, como se citó en Lamarque y Moro Gutiérrez, 2020: pp. 2-3), en el itinerario terapéutico se «pone en juego distintas interpretaciones y curas que se corresponden con los usos sociales de la enfermedad y el modo en que se vinculan lo biológico, lo social y lo cultural». Al respecto, la evidencia empírica muestra que los problemas de salud están originados por diferentes factores, de ahí la utilidad de esta herramienta para describir, interpretar y explicar los PSEAP.

En este sentido, los itinerarios terapéuticos visibilizan que los síntomas han sido diversos, además de que las representaciones y las formas en las que cada uno vive su enfermedad tiene diferentes repercusiones y consecuencias. Los tipos de atención también han sido distintos y se relacionan con la satisfacción del tratamiento, la capacidad económica y las creencias, sobresaliendo el MMH, la medicina tradicional, la autoatención y la automedicación. La combinación de estos tipos de atención ha sido importante en el tratamiento de varias de las enfermedades expresadas por estos migrantes de retorno.

La propia voz de las y los tenancinguenses entrevistados, de sus experiencias y sus sentires compartidos permitió comprender e identificar sus PSEAP a través del itinerario terapéutico. En este sentido, la propia voz del actor puede considerarse como una herramienta conceptual y metodológica, como sugiere Pestaña de Martínez (2004), para estudiar los fenómenos, en este caso en específico, los problemas de salud/enfermedad desde la experiencia y percepción de los individuos, conociendo la realidad desde lo más interno del ser, de quien lo vive y padece. Esto, construyendo un diálogo con el análisis de los procesos socio estructurales más amplios de los PSEAP que restringen la acción de las personas migrantes.

Entre los padecimientos, como ya se mencionó, los hallazgos precisan la necesidad de profundizar en las indagatorias de los problemas de salud mental que se derivan de diferentes factores estresores, como, por ejemplo, pobreza, violencia doméstica, infidelidad, separación familiar, dinámica familiar, esquemas patriarcales, estatus migratorio indocumentado, deportación, presión laboral, contexto antiinmigrante, entre otros factores de desigualdad social y estructural, que en su conjunto generan cuadros depresivos, no siempre atendidos, que pueden impactar en intentos suicidas, como lo fue en el caso de Alberto.

La experiencia de vida, como ha ocurrido entre estos migrantes, ha llevado a la presencia de diferentes episodios de estrés, ansiedad y depresión, con consecuencias psico-físicas o emocionales. Se puede decir que este componente hace parte del punto de partida holístico de la salud, en tanto abarca lo psico-físico-emocional, pudiendo generar una disminución del sistema inmunitario y exposición a diferentes padecimientos, que se complejizan cuando ocurren en situaciones de mala alimentación, falta de actividad física, problemas de diabetes y colesterol, como se ha demostrado en los casos aquí expuestos, con cuadros que han trascendido en la presencia de enfermedades graves de tipo cardiovascular o cerebrovasculares, como ocurrió en el caso de Erasto.

Otro resultado que llama la atención es que 3 de las mujeres entrevistadas presentaron problemas de la vesícula biliar en Estados Unidos, lo cual puede estar relacionado con los modos de vida femeninos, relacionadas con la violencia doméstica, además del tipo de alimentación, sobre todo la abundancia de grasas y colesterol, azúcares, así como falta de fibra y líquidos. Si bien no hay estudios concluyentes acerca de la relación de las emociones y la vesícula, algunos trabajos refieren que el estrés puede generar problemas en este órgano. Situación que guarda semejanza con lo vivido por Mary en Estados Unidos y por Micaela en México, con relaciones maritales impregnadas de violencia doméstica extrema, que en cada caso produjo en ellas miedos, enojos, corajes y distintas emociones que pudieran producir estrés y afectar a la vesícula biliar. Además, es importante señalar que, los problemas de la vesícula se presentan con mayor frecuencia en las mujeres (Carrasco Arróniz et al., 2011).

Es necesario recalcar la violencia que han padecido la mayoría de las mujeres migrantes entrevistadas por parte de sus parejas o familiares, posicionándolas en una situación de vulnerabilidad y riesgo que influye sus PSEAP. Retomando a Wharton (2005), una violencia de género basada en prácticas sociales que han sido creadas por la misma sociedad y en la que ha imperado la desigualdad, en detrimento de las mujeres especialmente.

Se observa de igual forma, tanto en el lugar de origen, recepción y retorno que la vida cotidiana de la mayoría de las mujeres ha estado sujeta a una mayor carga de trabajo, pues además de sus actividades laborales, también estuvieron y están a cargo de las labores domésticas, cuidado de los hijos y otras responsabilidades, que limitan el tiempo para otras

actividades, como el propio descanso, lo que ha repercutido en problemas de salud/enfermedad.

Por otro lado, la problemática relacionada con la pandemia de COVID-19 no fue ajena a la población de estudio, pues 3 de los 8 migrantes entrevistados presentaron esta enfermedad en México, nuevamente siendo afectadas las mujeres migrantes, posiblemente por las dinámicas que supone su quehacer diario. Sumado a lo anterior, lo estructural cobra presencia con un sistema de salud rebasado para atender esta crisis de salud pública, con desconocimiento sobre los protocolos a seguir para el tratamiento de la enfermedad, limitada infraestructura física, material y de personal para la atención.

Otros importantes padecimientos que reportó el grupo de hombres y mujeres migrantes a través de la construcción de sus itinerarios terapéuticos se relacionan con el cansancio, presión arterial alta, dolores de estómago, vómito, diarrea, niveles altos de colesterol, derrame cerebral, diabetes, quemaduras, cáncer, problemas de la columna, dolores de espalda, dolores de cabeza, dolor de garganta, congestión nasal, colitis, molestias en la cabeza, problemas del hígado, carnosidad en los ojos, gastritis, problemas respiratorios, infecciones vaginales, problemas de la próstata, entre otros.

De igual forma, en una entrevista realizada a una curandera en la localidad de Tepalcatepec, se encontró que los principales problemas de salud que ella ha atendido a migrantes retornados son la depresión y estrés, así como la abertura de las caderas y del pecho por el trabajo tan pesado que realizan en Estados Unidos. Por su parte, la enfermera del Centro de Salud de Tepetzingo, señaló que el tipo de problemas de salud que mayormente presentan los migrantes retornados a Tenancingo es la obesidad, el estrés y el cansancio.

Así pues, los hallazgos encontrados dan cuenta de la diversidad de problemas de salud que han vivido las personas migrantes entrevistadas durante la trayectoria migratoria. Se trata de problemas de salud que pudieron estar influenciados por sus modos de vida, sus ciclos de vida, las circunstancias de sus trayectos migratorios, las elecciones de sus formas de atención de sus padecimientos, las condiciones laborales y restricciones de acceso a los servicios de salud, las condiciones estructurales e institucionales en su búsqueda por recuperar su salud, y por una combinación de factores y actores, haciendo alusión a la antropología médica crítica y el enfoque relacional.

En este sentido, por medio de la antropología médica es que se ha podido determinar que los problemas de salud/enfermedad de los migrantes entrevistados están relacionados con el entorno, esto es, por ejemplo, al hecho de ser migrantes en un país con diferentes costumbres e idioma, que deben adaptarse a una nueva sociedad, al medio laboral y cultural. A través de la antropología médica ha sido posible identificar los cambios en los simbolismos de los migrantes y la manera en que han interactuado con su contexto de acuerdo con la experiencia que han tenido de su enfermedad, encontrando los mecanismos y estrategias que estiman adecuadas para subsanar sus problemas de salud.

Así mismo, otro resultado que es pertinente destacar es el acceso a los servicios de salud. Mucho se ha argumentado sobre el bajo nivel acceso a éstos por parte de la población migrante, sin embargo, desde esta investigación, la evidencia empírica muestra que las mujeres migrantes contaron con este beneficio una vez que tuvieron hijos nacidos en Estados Unidos, ventaja temporal y con restricciones por su estatus migratorio de indocumentadas, que también se extiende para las mujeres migrantes que emigraron con sus niños desde pequeños. En este sentido, cobra relevancia el contexto migratorio del grupo de personas entrevistadas, por encontrarse en espacios que favorecen la atención de las mujeres migrantes y de sus hijos.

Si bien el sistema de salud de Estados Unidos no es del todo benévolo con los migrantes indocumentados, de acuerdo con lo percibido en las narrativas otorga beneficios particulares, como, por ejemplo, dispensas para asegurar una alimentación adecuada en los menores de edad, como fue el caso de Azucena que vivió en Chicago y de Mary en Carolina del Norte. En este sentido, queda pendiente indagar esta dinámica en el caso de los hombres migrantes.

Finalmente, se destaca el papel del MMH tanto en Tenancingo como en el lugar de recepción, como estrategia de atención para las diferentes enfermedades de los migrantes entrevistados. En algunos casos mostró su eficacia para determinados padecimientos registrados durante la trayectoria migratoria, mientras que, en otros, mostró sus límites de acuerdo con la experiencia vivida por estos migrantes, o bien, desencadenó otros problemas, como la alergia a la penicilina y el desarrollo de gastritis en el caso de Azucena.

La relación hegemonía/subalternidad no se descarta en estos procesos de atención, pues las experiencias de las personas entrevistadas visibilizan la asimetría entre médico y paciente. Micaela, expuesta a una situación de abuso cuando era niña, mientras que Alberto potencializando su cuadro depresivo ante el pronóstico del médico, quien le decía que quedaría inválido de por vida.

En este sentido, la medicina alópata y la tradicional revisten presencia entre la población migrante entrevistada. Además de la autoatención y la automedicación, así como la no atención, entre otros casos, por desinterés o falta de los medios para atenderse. Los cuidados dentro de los que se consideran las estrategias de prevención también fueron importantes, especialmente en algunas de las mujeres entrevistadas, pues acostumbraban a tomar té para sentirse mejor y prevenir problemas de salud.

Por último, retomando los pasos identificados para el análisis de la reconstrucción del itinerario terapéutico, uno de ellos se refiere a las posibles causas del padecimiento y/o enfermedad, lo que potencializa aún más esta herramienta metodológica en combinación con el enfoque relacional incluido dentro de la antropología médica crítica, en la que se analizan todos aquellos modos de vida y actores que de una forma u otra están involucrados en los problemas de salud/enfermedad de la población estudiada. Esto en diálogo con la antropología médica interpretativa para recuperar la percepción y experiencia de las personas entrevistadas.

Para cerrar, tomando en cuenta la evidencia empírica obtenida a través del trabajo de campo, en el siguiente capítulo se profundiza en las problemáticas de salud que resultaron ser más frecuentes o relevantes dentro del grupo de migrantes de retorno entrevistados, como fueron las violencias, el COVID-19 y los problemas de salud mental.

Capítulo V

Violencia, COVID-19, Salud Mental y Emocional: Viejos y Nuevos Padecimientos y Problemáticas que Afectan los PSEAP de la Población Migrante

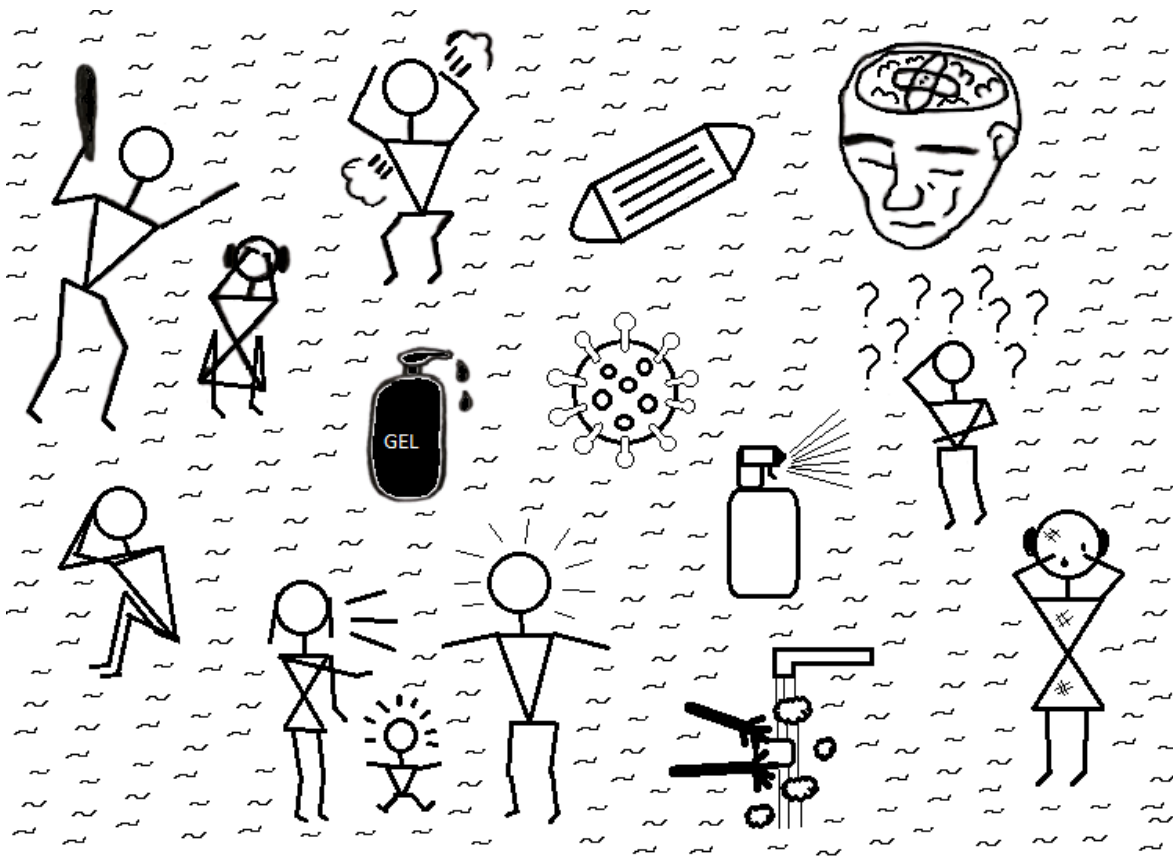


Figura 5

Viejos y nuevos problemas de salud

Elaborado por Macías Suárez Giovanni, 2023

Introducción

Como se ha mencionado, en esta tesis se adoptó un enfoque holístico de la salud integral, donde se conjuga lo biológico, físico y mental. En este sentido, este capítulo destaca la evidencia empírica de la investigación en torno a 3 problemas específicos de salud articulados con las violencias, la pandemia de COVID-19 y la salud mental y emocional, cuya relación con los PSEAP es particular de acuerdo con las vivencias y experiencias de los migrantes entrevistados. Se destaca en primer lugar el tema de la violencia entendida como una forma de hacer daño a una persona o grupo de ellas, específicamente dentro del contexto migratorio. Los migrantes son vulnerables a extorsiones, robos, amenazas, agresiones físicas, engaños, secuestros y otras situaciones que son fuente de origen de problemas de salud/enfermedad mental y física. En el caso de las mujeres, como se señaló en los capítulos III y IV, la violencia se manifiesta en diferentes momentos y etapas de la migración, además de que es ejercida por actores diversos: cónyuge, otros miembros de la familia, instituciones de salud y/o autoridades (de migración, aduana, ejército, policía, acompañantes de viaje, polleros, grupos delincuenciales) (Sin Fronteras IAP, 2004).

En segundo lugar, la pandemia de COVID-19 se posiciona como un problema de salud que afectó la cotidianidad de las personas, imprimiendo nuevas dinámicas y procesos de interacción laboral, así como alto riesgo de contagio entre la población que siguió trabajando en contingencia sanitaria. Por último, los hallazgos del trabajo de campo destacan los problemas de salud mental y emocional en todas las fases migratorias. Como aseguran Vilar Peyrí y Eibenschutz Hartman (2007), no es la migración por sí sola la que causa estos problemas de salud mental, sino el contexto que rodea a los migrantes como el empleo, las condiciones de vivienda, los diferentes eventos traumáticos que pudieron experimentar en las etapas del proceso migratorio, y las propias elecciones de experiencias de vida.

A partir de lo anterior, este capítulo parte de indagar ¿cómo y por qué se han modificado los problemas de salud/enfermedad con el aumento de la violencia, la crisis económica y las políticas antiinmigrantes, la pandemia de COVID-19 y los problemas de salud mental entre tenancinguenses? El objetivo es explorar los procesos de salud/enfermedad que resultaron dominantes en las experiencias de las personas

entrevistadas. Se ahondará en esta trilogía de padecimientos por la correlación entre éstos y el impacto que una genera en las demás agudizando los problemas de salud/enfermedad.

Se busca argumentar que, los problemas de salud relacionados con las violencias y la salud mental son una constante en las vivencias que las personas migrantes experimentan durante su proceso migratorio. Comprendiendo que, desde una mirada holística y relacional, se construyen a través de los diversos actores que influyen en los mismos, como, por ejemplo, la violencia estructural que genera desigualdades sociales y falta de empleo, así como el crimen organizado impacta en los niveles de homicidios e inseguridad. Pero también la violencia doméstica vivida por algunas mujeres entrevistadas, la ausencia de autocuidado de la salud por parte de algunos migrantes entrevistados, las condiciones de empleo en México y en Estados Unidos, y las repercusiones originadas por la pandemia de COVID-19, que en su conjunto exponen la presencia de viejos padecimientos y nuevos malestares entre la población migrante de Tenancingo.

El capítulo se divide en 3 apartados. El primero aborda el fenómeno de la violencia a nivel nacional, del estado de México y del municipio de Tenancingo, estableciendo su relación con el fenómeno migratorio desde una perspectiva de género. Un segundo apartado retoma las afectaciones del COVID-19 en la población mexiquense y de Tenancingo, destacando las consecuencias de la pandemia en la población migrante y las principales afectaciones en los migrantes de retorno por género. Por último, el tercer apartado se refiere a los problemas de salud mental, buscando identificar los posibles orígenes de estos padecimientos en la trayectoria migratoria, además de exponer que las violencias y la pandemia detonaron otros problemas en la salud mental y emocional de los migrantes retornados de Tenancingo.

Desigualdad Social y Violencia Estructural en el Contexto Mexicano y Mexiquense

Giménez (2017) expresa que, a nivel internacional, la definición de la *violencia* ha generado un extenso debate, identificándose al menos 4 posturas:

- 1) la que se abstiene de toda definición; 2) definiciones restrictivas que introducen la fisicalidad como núcleo obligado de la violencia; 3) concepciones extensivas que incluyen aspectos estructurales en la definición; y 4) la teoría según la cual la violencia es un *concepto esencialmente cuestionable*. (p. 13)

A éstas, se puede sumar una quinta postura, donde la violencia es incongruente con las otras posturas, por tratarse de un «fenómeno no-social y cuasi-inefable» (Wieviorka, 2012 y Kilby, 2013a como se citó en Giménez, 2017, p. 13). Si bien no es menester profundizar en cada una de ellas, se recupera la tercera postura por su relación con la definición y tipos de violencia que se adoptaron en este trabajo (Capítulo I).

También dentro de la tercera postura, el sociólogo Johan Galtung (como se citó en Giménez 2017, p. 15) sostiene que «cualquier sistema de desigualdad social que ocasiona muertes y sufrimientos innecesarios –juntamente con las estructuras simbólicas que lo justifican– debe considerarse violento, aunque sea invisible y no movilice actores directamente confrontados». Otros autores defensores de esta postura son Schinkel (2013) con la teoría de la violencia privada, estatal y estructural; Žižek (2009b) con la violencia subjetiva, simbólica y sistemática; Walby (2012) con la definición de violencia de género; Stark (2007) con lo relacionado al tráfico de personas (como se citó en Giménez, 2017). Por otro lado, desde las ciencias sociales se tiende a interpretar la violencia desde lo cultural y los símbolos, antes que referirse a lo físico, por ello, toman relevancia autores como Bourdieu y Baudrillard con la teoría de la violencia simbólica (Giménez, 2017).

Así, frente a las diversas manifestaciones de violencia que se han presentado en México en los últimos años, Azaola Garrido (2022, p. 456) hace un recuento de los eventos que se ha registrado de manera sistemática en el país y que han violentado los derechos humanos, denominándolo «pandemia de la violencia». La autora menciona que la CNDH recibió 1,742 quejas contra las fuerzas armadas de México entre diciembre de 2018 y abril de 2021 por «detención arbitraria, uso arbitrario de la fuerza, privación de la vida o trato crueles, inhumanos y degradantes» (Padilla, 2021, como se citó en Azaola Garrido, 2022, p. 461). Entre 2019 y 2021, en la primera mitad del gobierno del presidente López Obrador, el ejército de México tuvo más de 640 enfrentamientos con grupos civiles armados, en los que se registraron 515 presuntos agresores muertos, 89 lesionados, 381 detenidos y 21 militares perdieron la vida. De acuerdo con Azaola Garrido (2022), los soldados siguen matando a más individuos que los que lesionan o detienen.

De acuerdo con el Censo Nacional de Derechos Humanos 2021, organismos públicos de derechos humanos, a nivel federal y estatal, reportaron entre 2019 y 2020 alrededor de

14,760 hechos presumiblemente violatorios de los derechos humanos por detenciones arbitrarias, 11,070 por tratos brutales y degradantes y 5,426 por tortura. Esta última al parecer ha sido una práctica generalizada, pues más de la mitad de las personas que han sido detenidas expresaron haber padecido malos tratos y amenazas, tanto a ellos como sus familias, golpes, patadas, ahogamientos, quemaduras, abusos sexuales, entre otras (INEGI, 2021b). Con base en la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre la Seguridad Pública 2021, poco más de 38 millones de mexicanos aludieron tener algún daño a la salud luego de haber sido víctimas de la delincuencia, con secuelas físicas o psicológicas, además de que 1,251,825 y 911,914 personas sufrieron desplazamiento de sus hogares en 2019 y 2020, respectivamente (INEGI, 2021a).

De acuerdo con la organización Causa Común también se han presentado otros eventos, dados a conocer por los medios de comunicación entre enero y octubre de 2021. Alrededor de 454 masacres, descubrimiento de 520 fosas clandestinas, 700 episodios de mutilación, descuartizamiento o disolución de cadáveres, 321 eventos de calcinamiento y 924 cuerpos encontrados con señales de tortura, 320 niños y adolescentes asesinados, 389 asesinatos de mujeres con crueldad extrema, 63 actores políticos asesinados, 154 funcionarios de relevancia en materia de seguridad que perdieron la vida de manera violenta, 16 defensores de derechos asesinados, al igual que 9 periodistas (De Mauleón, 2021).

Ahora bien, para 2011 la tasa de homicidios por cada 100 mil habitantes se incrementó a 24.0, contrastando con la reducción gradual observada en décadas anteriores. De acuerdo con varios autores, esta dinámica tuvo su origen en la estrategia planteada por el presidente Felipe Calderón Hinojosa (2006-2012) de combatir al crimen organizado de una manera más severa, a diferencia de otras administraciones (Jiménez Ornelas y Reyes García, 2017; Estévez, 2012; Bataillon, 2015). Esta estrategia del presidente Felipe Calderón se concentró en capturar a los líderes de los cárteles, originando que las bandas criminales se enfrentaran entre ellos para disputarse las plazas y espacios de poder que han dejado la muerte o capturas de los capos de la droga. Esto produjo fuertes oleadas de violencia en determinados estados de México, donde también la presión militar llevó a los cárteles a modificar sus actividades delictivas como son el «secuestro, el control de las rutas del tráfico y la trata de personas, el cobro por protección, y renta de piso» (Estévez, 2012, p. 22). La situación se agravó en la administración del presidente Enrique Peña Nieto (2013-2018), en tanto la inseguridad y la

violencia adquirió niveles dramáticos de muertos y desaparecidos, alcanzando los 156,437 homicidios durante el sexenio, 34,824 más que los registrados en el periodo presidencial de Felipe Calderón que fue de alrededor de 121,613, de acuerdo con información del INEGI, en 2019 (como se citó en Serrano, 2020).

En lo que va del gobierno del presidente Andrés Manuel López Obrador (2018-2024), la situación no ha mejorado, desde el primero de diciembre de 2018 a diciembre de 2023, se han registrado alrededor de 171,085 asesinatos (Pérez, 2024), 28.9% más que los contabilizados en el periodo presidencial de Felipe Calderón, y 8.6% por encima de la administración del presidente Enrique Peña Nieto.

Por otro lado, de acuerdo con la REDIM (2022, como se citó en Azaola Garrido, 2022), en promedio, por día son asesinados alrededor de 3 menores de edad en México. Para el año 2021, hubo 994 homicidios dolosos en menores de entre 0 y 17 años, de los cuales 153 fueron mujeres y 841 hombres. De igual manera, en 2021, desaparecieron alrededor de 12 niños, niñas y adolescentes al día, siendo recuperados la mayoría, aunque 942 mujeres menores permanecen aún sin ser encontradas. Algunas de las posibles razones para que una mayor proporción de mujeres continúen desaparecidas puede ser el alto índice de impunidad frente a este tipo de delitos, pero también puede obedecer a la privación del cuerpo de las mujeres por organizaciones criminales que buscan lucrar y acumular capital económico.

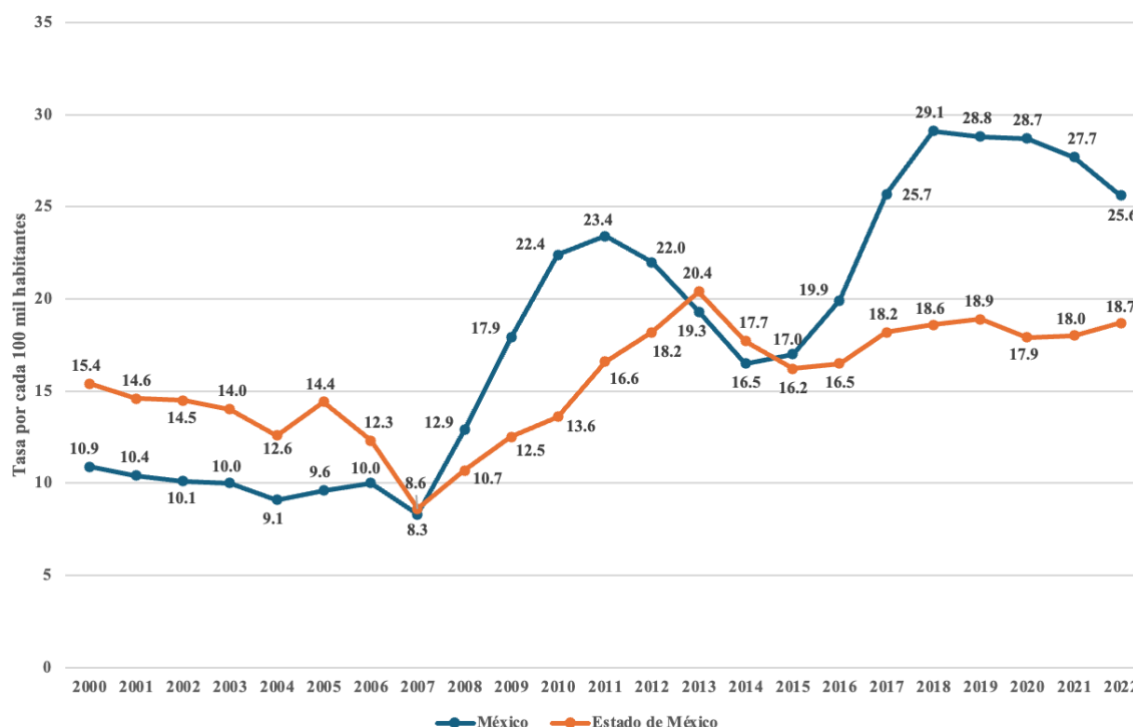
De acuerdo con Azaola Garrido (2022), otra de las manifestaciones de la ola de violencia se relaciona con el aumento de la violencia dirigida hacia las mujeres y niñas. La organización México Evalúa señala que alrededor de 10 mujeres son asesinadas en México cada día, siendo el 2020 el año más violento en los últimos 30 años. Según información del Centro de Estudios para la Igualdad de Género de la Cámara de Diputados, entre 2014 y 2023 hubo 7,319 delitos de feminicidio, lo que equivale a un aumento de 100.2% en un periodo de 9 años. En este mismo periodo de tiempo, se presentaron 23,025 asesinatos de mujeres clasificados como homicidios dolosos. En este sentido, fueron 30,344 muertes violentas de mujeres, tanto por feminicidios como por homicidios dolosos (Méndez, 2024). Solo para el 2023, de acuerdo con el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, se registraron 848 víctimas de feminicidio, así como 2,591 homicidios dolosos. Es decir, un

total de 3,439 mujeres fueron víctimas de feminicidios y homicidios dolosos (Rea, Carrión y Salmerón, 2024).

Para el caso particular del Estado de México, de acuerdo con datos del INEGI, de 2000 a 2007, la tasa de homicidios por cada 100 mil habitantes fue mayor a las registradas a nivel nacional. A partir de 2008 y hasta 2022 las tasas estuvieron por debajo del país, con excepción de los 2 primeros años del gobierno de Enrique Peña Nieto, cuando la tasa de homicidios en el Estado de México fue superior a la registrada a nivel nacional, con 20.4 en 2013 y 17.7 en 2014 (Gráfica 11).

Gráfica 11

Tasa de homicidios en México y Estado de México, 2000 - 2022



Fuente. INEGI. https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/?ind=6200108948&tm=8#D6200108948_568#D6200108948_568

Los anteriores datos pueden ser un indicativo de que, si bien en los primeros años de 2000 el Estado de México tuvo un mayor número de homicidios por cada 100 mil habitantes en comparación con el nivel nacional, la violencia se ha estado extendiendo a otros estados

del país, lo que sugiere una violencia generalizada, cobrando importancia en estos delitos estados como Guanajuato, Morelos, Colima, Baja California, entre otros más.

En cuanto a la violencia perpetrada a niñas, niños y adolescentes en México en 2022, alrededor de 22,684 fueron atendidos en hospitales a causa de violencia familiar, siendo el Estado de México la entidad con una mayor proporción (27.0%), donde los padres o padrastros fueron los principales agresores. Con respecto a la violencia sexual fueron atendidos 9,929 casos y 8,391 de violencia física. Nuevamente el Estado de México presentó las mayores proporciones, con 18.8% y 23.2%, respectivamente. De igual forma, frente a la violencia psicológica (11,943), la violencia económica o patrimonial (482) y violencia, abandono y negligencia (1,426), ocuparon el primer lugar en el Estado de México, con 31.0%, 35.8% y 41.8%, correspondientemente (REDIM, 2024). Estas cifras advierten que el Estado de México es una de las entidades en las que se registra un mayor número de hechos violentos de toda índole, lo que se explica por tratarse de la entidad federativa más poblada, pero también por las dinámicas de inseguridad y desigualdad que se han venido construyendo desde hace varios años. Todos estos actos de violencia tienen varios generadores, pues en ellos intervienen los grupos delincuenciales y otros actores como los narcotraficantes, la policía y fuerzas armadas, así como otros grupos sociales que viven alrededor de la violencia sin ser partes activas.

De acuerdo con Menéndez (2012, p. 177), la prensa escrita y la producción académica se ha enfocado en destacar la violencia en México que se deriva de las acciones del crimen organizado, la violencia de los hombres hacia las mujeres y las violencias juveniles relacionadas con las bandas y pandillas, dejando de lado otras violencias, que no están a la vista de todo el mundo, pero que son relevantes en la sociedad mexicana, como lo son los «infanticidios, violencias hacia ancianos, venganzas de sangre, torturas en general y político-policiales en particular, esterilizaciones sin consentimiento de mujeres y de varones, entre otras». Así mismo, para este autor, según la prensa y la producción académica son «la impunidad, la corrupción y las condiciones económico-ocupacionales» las principales causas de los homicidios en México, tanto de manera interpersonales, como los del crimen organizado en particular (Menéndez, 2012, pp. 180-181).

Se coincide con Menéndez en que la corrupción y la impunidad son 2 de los males más destacados en la sociedad mexicana, pues la existencia de autoridades e instituciones encargadas de atender este tipo de problemas no necesariamente supone una garantía de protección debido a su participación en este tipo de delitos. Son aquellos actores que deberían procurar y salvaguardar la integridad de las personas, los que están promoviendo que los problemas de salud/enfermedad aumenten, particularmente cuando se trata de grupos en situación de vulnerabilidad, como la población migrante.

Como sostiene Menéndez (2012):

Las violencias refieren a gran variedad de acciones, desde homicidios, violaciones sexuales, secuestros, violencias intrafamiliares, guerras de alta y baja intensidad, acciones de limpieza “étnica” y política, actos de exterminio selectivo, etnocidios, tortura ocasional y sistemática, hasta la denominada violencia “estructural” y las violencias llamadas revolucionarias. (p. 178)

Son innumerables los eventos de violencia que hoy en días hacen parte de la cotidianidad de las personas y de la sociedad en México. Haciendo alusión a las diversas acciones violentas señaladas por Menéndez (2012), en el municipio de Tenancingo se han reportado una serie de acontecimientos y delitos contra las personas, como es el abuso sexual, acoso sexual, extorsión, homicidios, lesiones, robos, secuestros, trata de personas, violación sexual, violencia de género y violencia familiar, eventos que para el 2019 sumaron 893 delitos, 881 para el 2020 y 787 para el 2021, con una ligera tendencia hacia la disminución (Ayuntamiento Constitucional de Tenancingo, 2022).

Ahora bien, ¿de qué manera afectan los diferentes tipos de violencia la salud/enfermedad de la población migrante en los diversos ámbitos cotidianos? El director general de los Servicios de Atención Psiquiátrica de la SSA, en una entrevista realizada por González Díaz (2022), mencionó que las consecuencias para la salud no son deterministas, pues no todas las víctimas de violencia responden de la misma forma. Expresó también que los trastornos mentales no tienen un factor unicausal, aunque la violencia es uno de los elementos más importantes para que se desarrolle la depresión y la ansiedad, el trastorno postraumático, el abuso del alcohol, las alteraciones del sueño y el incremento de los comportamientos suicidas.

Estos trastornos no se desarrollan en todas las personas, en mucho depende de otras circunstancias como la edad, el temperamento, así como de las redes de apoyo que tengan en su familia y comunidad. Siguiendo con lo expresado por el director general de los Servicios de Atención Psiquiátrica, cuando la violencia sufrida es casi diaria, muchas personas y familias han normalizado esta situación, aunque no dejan de presentar estrés, y cuando éste se vuelve crónico aumenta la producción de cortisol, lo que trae consecuencias en la salud física y mental (González Díaz, 2022). Por otro lado, Krug (2014), mencionaba que la violencia va mucho más allá de lo físico, causando depresión, ansiedad, entre otros trastornos de salud mental, además de que puede causar cánceres, enfermedades del corazón, así como accidentes cerebrovasculares y VIH/SIDA. Estos problemas pueden agudizarse por los malos hábitos y situaciones de riesgo que adoptan muchas de las víctimas de violencia, como son el consumo de tabaco, alcohol y drogas, al igual que prácticas sexuales riesgosas. De ahí que la violencia pueda causar una muerte a temprana edad o padecer mala salud durante toda la vida.

En términos generales, la violencia es un problema estructural presente en diferentes ámbitos de la vida, que afecta la salud física y mental de miles de mexicanos.

Violencia de Género y Violencia Estructural en Todas las Fases Migratorias y a lo Largo de la Historia de Vida de las Mujeres y Hombres Migrantes

Como se ha podido observar, los diferentes tipos de violencia son cada vez más comunes entre la población mexicana, con repercusiones físicas y mentales que se agravan entre la población migrante ante las diferentes experiencias que viven en su trayectoria migratoria, donde la violencia es una constante. De acuerdo con el Portal de Datos sobre Migración, «el género tiene un gran impacto en las experiencias migratorias de todas las personas de todos los sexos» (2024, p. s.n.). En este sentido, las desigualdades de género favorecen el aumento de inequidades y el riesgo a las violaciones de los derechos humanos, afectando de manera especial a las mujeres y niñas. De ahí la necesidad de tomar en cuenta las diferencias de género porque dependiendo de éste existen mayores probabilidades de que algunas personas presenten un mayor riesgo y vulnerabilidad frente a diferentes acontecimientos.

Por otro lado, si bien dentro del discurso del género, de la violencia de género, es necesario referirse a las mujeres y hombres, con regularidad los trabajos académicos, reportes

e informes de investigación hacen alusión a las mujeres, y no a los hombres. En este sentido, es posible que en los próximos apartados la información se incline hacia éstas, tanto por la disponibilidad de información, como por la evidencia empírica de esta investigación, pues las mujeres fueron las que en mayor medida presentaron este tipo de agresiones en cada fase migratoria.

Cuerpos Violentados en el Lugar de Origen. De acuerdo con Durand (2022), algunos estudios reflejan que la violencia ha impactado en la migración interna, específicamente de los migrantes desplazados. Pero también se ha visto que, en los sectores de mayor ingreso, la violencia estructural, el secuestro y la extorción ha originado que muchas familias emigren hacia Estados Unidos. De acuerdo con Rodríguez (2022) se ha registrado una fuerte migración interna en el país por motivos sociales, económicos y demográficos. No obstante, son las condiciones de inseguridad y violencia que presenta el país las que han originado el desplazamiento forzado de miles de personas que han sido obligadas a abandonar sus hogares para cuidar su vida y la de sus familiares. Violencia que pudo haberse recrudecido con la guerra contra el narcotráfico implementada a partir del 2006 por el presidente Felipe Calderón, y que hasta la actualidad sigue vigente.

En este sentido, son múltiples las experiencias por las que muchas mujeres deciden emigrar de sus lugares de origen para escapar de la violencia de género, la violencia doméstica y en muchos casos de la violencia ejercida por grupos delictivos y criminales, situaciones que pueden ser parte de su cotidianidad. La organización MSF (2021) pone en evidencia que muchas familias mexicanas huyen de sus lugares de origen por la violencia y amenazas; como le ocurrió a una mujer comerciante en la Tierra Caliente de Michoacán, a la cual le querían quitar su hijo después de no poder pagar el dinero que le pedían. En otro caso, una mujer comerciante tuvo que huir con su familia de su lugar de origen, también en Tierra Caliente, porque su hermano se involucró con los cárteles y los querían matar.

De igual forma, de acuerdo con MSF, alrededor del 20.0% de los migrantes que atienden en Ciudad Juárez son de origen mexicano procedentes de los estados de Guerrero y Michoacán (MSF, 2021). Laura Gómez, responsable de MSF en estos 2 estados, argumenta que:

Llevamos años siendo testigos de cómo la violencia obliga a decenas de personas a huir. La gran mayoría de nuestros pacientes tienen al menos un familiar forzado a migrar a los Estados Unidos, huyendo de las balas, los enfrentamientos, el reclutamiento, la amenazas y las extorsiones. (MSF, 2021, p. s.n.)

Por su parte, Owen Breuil, encargado del programa de migrantes de MSF en México, da cuenta de que:

Cada vez es más habitual ver a padres, madres con sus hijos, familias extensas de primos, hermanos, abuelos o incluso adolescentes que viajan solos procedentes de diferentes regiones de México y que necesitan iniciar sus trámites de asilo en Estados Unidos. (MSF, 2021, p. s.n.)

Con base en información de la ENMEDESA 2019 y 2022, los desplazamientos forzados de las personas del interior de México hacia la frontera norte de México responden a la inseguridad y violencia ejercida principalmente por grupos criminales. Para 2019, las amenazas y extorsiones, la inseguridad y la violencia ejercida por el narcotráfico representó el 85.7%, mientras que en 2022 fue de 63.2%. De igual forma, las amenazas y extorsiones, así como los secuestros tuvieron los mayores aumentos porcentuales, con 13.8% en 2019 y 10.1% en 2022 (GITM, 2022).

Por su parte, Jolly y Reeves (2005, p. 10, como se citó en Pérez Oseguera et al., 2008) encuentran que muchas mujeres salen de sus hogares para otro país buscando «escapar de la discriminación por razones de género, así como de las normas de género restrictivas». En un estudio realizado por Polo Velázquez (2009) sobre las motivaciones para emigrar hacia Estados Unidos, en una muestra de adolescentes de algunos municipios del sur del Estado de México –dentro de los que se encontraba Tenancingo–, la autora aprecia que algunas mujeres expresaron que la motivación de migrar tuvo que ver con situaciones de violencia familiar, al no querer presenciar la violencia ejercida por sus padres hacia sus mamás.

Para el Estado de México, de acuerdo con información del Censo de Población y Vivienda de 2020, las principales causas por las que los mexiquenses emigraron hacia Estados Unidos se relacionan con la violencia estructural: 18.7% por cuestiones laborales y 4.7% por inseguridad y violencia. Para este mismo estado, a raíz de la pandemia del COVID-19, las mujeres y las niñas tuvieron un mayor riesgo de vivir episodios de violencia de género a causa del confinamiento en sus hogares (Kánter Coronel, 2022). Los resultados estimados

con la ENDIREH, levantada por el INEGI en 2021, dan a conocer que alrededor de 7 millones de mujeres de 15 años en adelante del Estado del México vivieron algún evento de violencia:

Cerca del 79.0 ciento experimentaron algún incidente de violencia psicológica, física, sexual, económica, patrimonial o de discriminación a lo largo de su vida. De ellas, el 47.6 por ciento fue víctima de violencia en los doce meses previos al levantamiento de la encuesta, es decir, entre octubre de 2020 y octubre de 2021, en pleno periodo de confinamiento por la pandemia de COVID-19. (Kánter Coronel, p. 107)

La violencia psicológica fue la que presentó la mayor proporción con 31.5%, seguida de la violencia sexual con 27.0%, la violencia económica o patrimonial y/o la discriminación con 16.6% y la violencia física con 11.3% (Kánter Coronel, 2022).

Cómo ya se expresó en los capítulos anteriores, antes de emigrar, 2 de las colaboradoras de la investigación fueron víctimas de violencia de género. El primer caso fue el de Azucena, recordando que ella fue agredida físicamente por su cuñado, el cual se encontraba bajo los efectos del alcohol. Esta violencia física fue un parteaguas para ella en cuanto a los problemas de depresión, pues además también la sufrió uno de sus hijos, afectándolo de manera considerable en su estado de salud. Por su parte, Micaela, quien desde los 16 años se fue a vivir con su pareja, relataba que estuvo expuesta a la violencia doméstica, tanto de manera física, como psicológica y económica, así como estructural.

También fueron varias las vivencias de violencia estructural experimentadas por otros migrantes de retorno entrevistados. Como, por ejemplo, Erasto y Esteban atribuyen su emigración a lo económico, a la falta de oportunidades laborales para satisfacer sus necesidades básicas y la de su familia. En este sentido, se destaca la incapacidad del Estado para generar esquemas de vida digna, lo que posteriormente influye en la salud física y mental. Otro tipo de violencia presente en una de las migrantes entrevistadas fue la violencia simbólica, en términos de Bourdieu, pues Adriana expresaba que desde niña escuchaba que sus padres no les heredarían tierras a sus hijas, considerando que a ellas les corresponde lo que sus esposos les puedan dejar. Situación que Adriana nunca asimiló dentro de su entorno familiar.

Frente a todos estos hechos de violencia, la impunidad fue predominante, la cual también se da dentro del ámbito familiar, cuando muchas mujeres son violentadas por sus respectivas parejas o familiares, con el miedo de acudir con las autoridades pertinentes por

las consecuencias que pudiesen tener a nivel familiar, y en caso de que se entablara una demanda, posiblemente con un mayor riesgo de ser agredidas. Ante esta problemática, sería importante saber ¿cuál es la motivación que lleva a las parejas y/o familiares a cometer estas arbitrariedades?, para lo cual, una de las posibles causas puede ser el entorno en el que han vivido, de familias patriarcales en donde ha prevalecido la voz del jefe de hogar y en el que a través de las décadas ha preponderado como forma de demostrar su masculinidad, y cuyas ideologías se han ido esparciendo a tiempos más actuales. Otras de las causas y tal vez la más importante frente a la violencia contra las mujeres e hijos, tiene que ver con la violencia estructural, específicamente la falta de educación. Tanto para mujeres y hombres la educación permite reflexionar y cambiar esa mentalidad de dominio y sumisión hacia horizontes más equitativos, de igualdad y respeto, lo que puede en cierto modo disminuir esta prevalencia de violencia.

«Nos Salieron los Cholos». Vivencias Violentas Durante el Traslado Hacia Estados Unidos. Otro de los contextos más peligrosos en cuanto a violencia se refiere es el que concierne al traslado de las personas migrantes hacia Estados Unidos, por el tipo de actores que pueden interferir en dicho recorrido para violentar sus derechos humanos. En un reporte de EL COLEF (2020) se encontró que el principal riesgo de las migrantes mexicanas tiene que ver con el abandono del pollero en suelo estadounidense, las largas y cansadas caminatas, la privación de la libertad y extorsión por grupos delincuenciales, el hostigamiento sexual por parte de los compañeros de viaje o del mismo coyote, así como de tener que cruzar el río sin saber nadar.

En su investigación, Pérez Oseguera et al. (2008) documentaron cómo muchas mujeres, sabiendo lo que les podía esperar durante esta travesía, comenzaron a tomar píldoras anticonceptivas antes de salir de sus lugares de origen para evitar los embarazos ante una posible violación, o que sean utilizadas como objetos sexuales, aunque quedaban expuestas a otro tipo de problemas que tienen que ver con las ITS y VIH/SIDA, aunado a que su integridad como personas y como mujeres se ve vulnerada y agraviada. El solo hecho de que las mujeres migrantes durante su peregrinaje hacia Estados Unidos deban de tomar anticonceptivos para prevenir un embarazo no deseado en caso de que sean abusadas sexualmente ya es un acto de violencia de género hacia ellas.

Otro de los grandes peligros durante el traslado de las mujeres migrantes ha sido el secuestro, pues muchas redes de trata de personas las engañan con promesas de empleo, siendo privadas de la libertad y obligadas a hacer trabajos forzados o hasta de prostituirse, sin descartar que muchas veces los causantes de estos abusos podían ser los mismos policías o funcionarios públicos (Meneses, 2012; Asakura y Torres Falcón, 2013).

De igual forma, resulta frecuente que migrantes mexicanos provenientes del sur del país se transporten por medio de «la Bestia». Un tren que cruza México desde Chiapas hasta los estados de la frontera norte. No obstante, el viaje sobre este medio de transporte está lleno de peligros, dado que los migrantes deben permanecer despiertos durante el recorrido por el riesgo de caerse o ser asesinados por los mismos pasajeros. Durante el traslado son víctimas de golpes, mutilaciones, robos y cobro de cuotas para continuar el viaje, así como tener que transitar por lugares peligrosos, dentro de los que se encuentra la zona de entre Tamaulipas y Veracruz, en el que los Zetas y otras bandas del crimen organizado esperan a que pasen los migrantes para poderlos intimidar, torturar, secuestrar, hasta violar y asesinar (Riediger-Röhm, 2013).

En términos generales, la frontera entre México y Estados Unidos se ha convertido en una zona en donde predomina la:

Delincuencia organizada, con estrechos y complejos vínculos entre organizaciones de “polleros” o traficantes de indocumentados, grupos de asaltantes, narcotraficantes, secuestradores, tráfico de armas, tráfico de órganos, lavado de dinero y otros tipos más de actividad ilícita, que en contubernio con las autoridades policiacas y de gobierno, hacen de estas acciones negocios ilícitos enormemente productivos. (González Reyes, 2009, p. 55)

Este conjunto de eventos violentos, sumado a los riesgos de otra índole como las inclemencias del clima, ataque de animales, mala alimentación, entre otros, puede generar que los migrantes sean más vulnerables a los trastornos mentales y psicosociales, así como al consumo de drogas, el exceso de alcohol y la violencia, al igual que la casi nula atención de la salud durante el traslado, que aumenta la probabilidad de presentar problemas de salud emocional y mental durante el viaje (OMS, 2008, como se citó en Ceja, Lira Mandujano y Fernández Guzmán, 2014).

En las experiencias de las mujeres migrantes entrevistadas también vivieron violencias de género en su trayecto hacia Estados Unidos, como fue el caso de Azucena,

quien fue violada sexualmente. Así mismo, otros actos violentos no fueron ajenos a la población tenancinguense entrevistada, pues algunos de ellos se encontraron con grupos delincuenciales que los despojaron del dinero que llevaban, como le sucedió a Micaela, Mary, Adriana y Alberto. De igual forma, Azucena y Esteban, tuvieron que esconderse porque durante su trayecto se presentaron enfrentamientos con armas de fuego entre grupos delincuenciales y la patrulla fronteriza.

Por último, en el peor de los escenarios, toda esta serie de situaciones puede originar la muerte de muchos migrantes, como lo documentan Tara y Laczko (2016, como se citó en Leyva-Flores et al., 2019; Meneses, 2013). Los autores señalan que entre 1998 y 2015 encontraron alrededor de 6,571 migrantes muertos en Estados Unidos, siendo la frontera entre México y Estados Unidos la que ocupó, en 2015, el tercer lugar a nivel mundial con el mayor número de migrantes fallecidos y desaparecidos. Según datos de la SRE (2023) en 2021 se presentaron 719 personas mexicanas fallecidas en su intento de cruce indocumentado hacia Estados Unidos, alcanzando para el 2022 alrededor de 622 casos. Para el caso de los migrantes mexiquenses, en 2021 hubo 32 fallecidos, de los cuales 30 eran hombres y 2 mujeres. Para el 2022, la cifra alcanzó los 35 fallecidos, 30 hombres y 5 mujeres (SRE, 2023).

Continuidad de la Violencia de Género y Violencia Estructural en el Lugar de Recepción. Si bien se podría pensar que el objetivo primordial para muchas mujeres migrantes es llegar a Estados Unidos y cumplir el sueño americano, superando la violencia que pudieron experimentar en el lugar de origen y durante el traslado, no necesariamente se da de esta manera, pues se pueden enfrentar a estos u otros problemas de violencia. Una vez que llegan al vecino país su situación depende en mucho de las redes de apoyo que han creado, mismas que de una forma u otra pueden ayudarles a conseguir vivienda y trabajo, pero por otro lado se incrementa de nuevo la posible dependencia femenina frente a los familiares o su pareja (Willers, 2016). El no conseguir trabajo puede ocasionar que muchas mujeres incurran en la práctica del comercio sexual, las cuales pueden tener una mayor demanda por el hecho de que ofrecen sus servicios sin usar condón, poniéndolas en una situación de mayor vulnerabilidad (Pérez Oseguera et al., 2008).

Una violencia muy recurrente cuando las mujeres migrantes se encuentran en Estados Unidos es la simbólica. En muchos casos, son vistas como una población estereotipada, no

deseada y una amenaza a la seguridad social, lo cual se traduce de igual forma en una violencia estructural. Los empleos bien remunerados dependen del estatus migratorio, son explotadas laboralmente, realizan tareas no calificadas, a lo que se le suma la segregación del mercado laboral por género, recibiendo salarios aún más bajos, y a lo cual no pueden protestar por su carácter de indocumentadas y por la necesidad económica que presentan (Asakura, 2016). Pero esta violencia simbólica no solo se da en las mujeres, también los hombres son víctimas, más aún en una sociedad estadounidense en la que se ha fomentado la discriminación a ciertos grupos de personas, dentro de los cuales se encuentran precisamente los migrantes indocumentados.

Este contexto de vulnerabilidad en el que viven los migrantes mexicanos en Estados Unidos los ha perjudicado en muchos aspectos de su vida cotidiana, generando diversos problemas de salud/enfermedad, pues el solo hecho de tener un estatus indocumentado abre la puerta para que experimenten sentimientos de temor, impotencia y fragilidad frente al Estado y la sociedad. Se ven restringidos en su libertad, no pueden realizar muchas actividades que tal vez quisieran hacer, además de verse limitados para asistir a instituciones de salud para atender cualquier molestia o padecimiento. Esta violencia estructural a la que están sujetos los migrantes es una fuerte problemática de salud pública. A corto, mediano y largo plazo las consecuencias en cuanto a los problemas de salud mental pueden ser considerables.

Por otro lado, si bien muchas mujeres salen de sus lugares de origen escapando de la violencia ejercida por su pareja, a veces esta violencia es peor en el lugar de recepción, porque ya están alejadas de su comunidad de origen y sin el apoyo de un familiar que les ayude a aminorar los efectos (Pérez Oseguera et al., 2008; Willers, 2016) de la violencia masculina. A pesar de que las leyes estadounidenses con relación a la violencia de género son más efectivas, el problema radica en que muchas mujeres no se atreven a denunciar porque no quieren que se den cuenta de que son golpeadas y por el miedo a ser deportadas (Asakura, 2016; Pérez Oseguera et al., 2008).

Santillanes Allande (2021) investigó un grupo de mujeres migrantes procedentes del estado de Puebla, las cuales padecían episodios depresivos y problemas de salud mental a causa de la violencia de su pareja y de su familia a la que estaba expuestas en el vecino país

de Norte, buscando dentro de sus PSEAP el encuentro con médicos alópatas y organizaciones comunitarias, entre otras estrategias para superar los problemas de salud. Esta situación no fue ajena a la presentada por Mary, que como ya se hizo mención en el itinerario terapéutico, fueron ininidad de sucesos violentos los que ella vivió, por 16 años, repercutiendo de manera considerable tanto en su salud física como en su salud emocional y mental.

En este sentido, las consecuencias de la violencia doméstica vivida por las mujeres migrantes tanto en México como en Estados Unidos son considerables. De acuerdo con los resultados de un trabajo desarrollado por Delgadillo Guzmán et al. (2013, p. 113), los autores sostienen que «la violencia origina depresión en las mujeres migrantes, esta a su vez, al igual que la violencia, produce una baja en la autoeficacia materna³⁶ en mujeres migrantes violentadas». Así mismo, la violencia física, hasta cierto punto, influye en la presencia de síntomas depresivos, sin efectos directos en la autoeficacia materna. Por otra parte, la violencia psicológica puede originar síntomas depresivos, sin que afecte directamente la autoeficacia materna (Delgadillo Guzmán et al., 2013). Dicho de otro modo, los problemas de violencia doméstica pueden causar problemas entre la interacción del binomio madre-hijo, teniendo consecuencias en la crianza de los hijos y en el entorno familiar.

En términos generales, las consecuencias de la violencia hacia las mujeres durante las fases migratorias representan un serio problema de salud pública que les afecta tanto en su salud física, como en su salud mental y su vida social, reduciendo el desarrollo humano al limitar el crecimiento de sus capacidades, su libertad y su autonomía como mujeres. Las consecuencias físicas de la violencia hacia las mujeres son las más notorias, como traumatismos, moretones, fracturas y lesiones en diferentes órganos, síndromes de dolores crónicos, fibromialgia, enfermedades incapacitantes, discapacidades y trastornos funcionales (Secretaría General del SICA, 2016).

De igual forma, dentro de las implicaciones más importantes relacionadas con la salud sexual y reproductiva se encuentran los trastornos del aparato genital, esterilidad, enfermedad inflamatoria de la pelvis, complicaciones del embarazo, abortos espontáneos, disfunción sexual, enfermedades de transmisión sexual (incluyendo el VIH/SIDA), abortos practicados

³⁶ Medida de autoeficacia del desempeño a cerca del control percibido sobre la salud de los niños, habilidades sociales y el desarrollo cognitivo como responsable del bienestar y crecimiento del menor de quien se es responsable (Diener, Nievar & Wright, 2003, como se citó en Delgadillo Guzmán et al., 2013).

en alto riesgo para la salud y embarazos no deseados. Las afectaciones relacionadas con la salud mental y emocional son las más comunes en lo que corresponde a la violencia sobre las mujeres migrantes, dado que siempre habrá un problema psíquico que se manifestará en cualquier momento e impactará de una forma u otra en la vida de las mujeres que han sido víctimas de violencia doméstica o violencia sexual. Dentro de estas afectaciones se encuentran: cuadros depresivos, angustia, ansiedad, ganas de llorar, cambios en el estado de ánimo, trastornos por estrés post-traumático, adicciones y abuso de sustancias; trastornos psicosomáticos, del sueño, del habla y alimentarios; baja autoestima, sentimiento de vergüenza y culpabilidad, fobias y sentimiento de pánico, comportamientos suicidas, daños auto provocados, distorsión cognitiva de la realidad, aislamiento, inadaptación y dificultad para las relaciones sociales y estrés crónico (Secretaría General del SICA, 2016).

Frente a este escenario de violencia contra las mujeres migrantes es importante mencionar que las secuelas son variables de acuerdo con el tipo de violencia, dado que los efectos con respecto a la salud física y psicosocial son acumulativos y las consecuencias pueden extenderse por un tiempo considerable, lo que puede repercutir en un deterioro de su calidad de vida, así como la posibilidad de que algunas mujeres presenten comportamientos de riesgo para su salud (Secretaría General del SICA, 2016).

Como se mencionó con anterioridad, la violencia de género no solo se refiere a las mujeres migrantes y no migrantes, también concierne a los hombres migrantes y no migrantes. Un trabajo realizado por Be Ramírez y Salinas Boldo (2019) da a entender que, si bien en la actualidad aparentemente se observa un mayor nivel de violencia en diferentes ámbitos, en décadas pasadas también se presentaban muchos eventos de violencia en Estados Unidos. Entrevistaron a una serie de migrantes que fueron ex braceros de un pueblo de Yucatán, los cuales mencionaron que siempre eran tratados como los otros, enfrentando casi siempre racismo y discriminación, y hasta humillaciones por poner en duda su masculinidad.

Este sentido, se hace referencia a la salud masculina en su permanencia en Estados Unidos, dado que su autoestima podría verse amenazada y vulnerada frente a una mejora económica que no puede reflejarse en el lugar de recepción (Goldring, 1991), o frente a otra serie de aspectos que podrían identificar ciertas debilidades en ellos. Por ejemplo, el trabajo del esposo de Azucena, a partir de la crisis económica estadounidense de 2008, tuvo una baja

considerable, siendo la construcción uno de los sectores más golpeados por la crisis económica, teniendo como consecuencia quedarse sin trabajo o dedicarse a otro tipo de actividades en el que la remuneración era menor. De ahí a que haya sido una de las razones por las que el esposo de Azucena ya no quiso permanecer en Estados Unidos y decidieron regresar a México.

Por otro lado, el caso de Alberto y su decisión del retorno definitivo estuvo muy relacionada con lo que le sucedió al esposo de Azucena, pues de ganar bien, de acuerdo con el testimonio de Alberto, a solo estar recibiendo la mitad del sueldo mientras permaneció en recuperación por el accidente que tuvo, y ver que aún no se recuperaba totalmente, la decisión que tomó fue regresar a México con el argumento de que ya quería estar con su familia. Es decir, fue un escenario en el que su autoestima pudo verse vulnerada por el hecho de que, en ese momento de su vida, con el grave accidente que presentó, no podía trabajar de igual forma a como lo estaba haciendo, prefiriendo mejor regresarse a su lugar de origen en Tenancingo. Sumado a lo anterior, y frente a su problema de la cintura, el no poder caminar, el no poder realizar las actividades que cotidianamente hacía, fue un golpe fuerte a su autoestima, a su forma de ser.

Se destaca de igual forma, cómo la salud mental masculina se vio vulnerada. En el caso de Erasto, un migrante proveedor que se fue para Estados Unidos para poder darle la educación universitaria a sus hijos, y durante la crisis económica de 2008, en una actividad como la construcción, fueron tan fuertes las repercusiones hasta el punto de no conseguir empleo, tocándole, de acuerdo con su testimonio, comer los desperdicios de los alimentos que se encontraban en los botes basura de los restaurantes por falta de dinero.

Aunado a lo anterior, de acuerdo con la evidencia empírica, y como se pudo observar en el capítulo III, hubo también algunos eventos de discriminación o fueron violentados los derechos humanos durante su permanencia en Estados Unidos de varios entrevistados, como fue el caso de Micaela, quien fue discriminada en su trabajo por una mujer americana blanca y otra afroamericana. Una situación semejante vivió Mary, quien fue discriminada por la esposa de uno de sus empleadores, mientras que Adriana, se percibió vulnerada, discriminada y violentada en 2008 cuando la crisis económica en Estados Unidos y el contexto

antiinmigrante le causó mucho estrés y miedo ante la posibilidad de que los pudieran detener y que fueran a deportarlos.

En la experiencia de los hombres. Erasto, también vivió un episodio de esta índole cuando cambió de trabajo y viajó en autobús para Los Ángeles, pues el conductor no toleraba que hablaran en español, expresando su disgusto y amenazando con llamar a las autoridades. En la experiencia de Esteban, durante su proceso de deportación, fue detenido con un amigo que vendía drogas, y aunque él no la vendía, no le dieron las facilidades para defenderse, siendo deportado con un castigo para no ingresar al país de por vida.

Por otro lado, en un estudio realizado por Del Ángel et al. (2013) sobre la violación de los derechos humanos de personas migrantes mexicanas detenidas en Estados Unidos entre 2011 y 2012, da cuenta de las dificultades y problemáticas que vive esta población en el país del Norte. Un ejemplo de ello fue el de un migrante mexiquense que en ese tiempo tenía 40 años y la mitad de su vida había permanecido en Estados Unidos como indocumentado, a donde llegó siendo muy joven. En su narrativa cuenta que en dicho lugar fue víctima de un delito, y colaborando con las autoridades estadounidenses para la captura de los delincuentes lo hizo candidato a una visa tipo U³⁷. No obstante, mencionaba que el trámite de esta visa es tardado, por lo que a los 8 meses de estar esperando la resolución bajo la custodia de las autoridades migratorias decidió salirse voluntariamente de Estados Unidos, porque estar a la espera era como permanecer detenido.

Al ser repatriado a Ciudad Juárez, por un largo tiempo no tuvo acta de nacimiento ni identificación oficial de México, por lo que varias veces fue detenido por falta de documentos y por faltas al Bando de Policía y Buen Gobierno. En este caso se pone en evidencia la violencia estructural y la violación de los derechos humanos de este migrante en ambos países, pero sobre todo en el lado mexicano, al que pertenece.

Ahora bien, ninguna de las mujeres entrevistadas fue deportada, pero si lo fueron los esposos de Adriana y Mary, lo que propició que ellas retornaran, así como sucedió con

³⁷ «El estatus No Inmigrante U (Visa U) está reservado para las víctimas de ciertos crímenes, que han sufrido abuso físico o mental y brindan ayuda a las agencias de orden público y oficiales gubernamentales en la investigación o prosecución de actividades criminales». <https://www.uscis.gov/es/programas-humanitarios/victimas-de-actos-criminales-estatus-u-de-no-inmigrante#:~:text=El%20estatus%20No%20Inmigrante%20U,o%20prosecuci%C3%B3n%20de%20actividades%20criminales>.

Norberto y Esteban. Es decir, fue como una estrategia implementada por el gobierno de Estados Unidos, sobre todo el de Barack Obama, que fue el periodo en el que en mayor medida fueron devueltos los esposos de las mujeres y los hombres entrevistados, el de deportar un significativo número de padres de familia y esposos sin antecedentes criminales, aunque en los últimos años de su gobierno se trató de evitar las separaciones por delitos menores (Meza González, 2014).

En este sentido, y de acuerdo con las narrativas de los migrantes entrevistados y otros estudios relacionados con el tema, la violencia no termina en el lugar de recepción con respecto a lo que pudieron vivir en el lugar de origen y en el traslado, para hombres y mujeres. Al contrario, puede ser que en Estados Unidos se haya producido los mayores hechos de violencia y de diferente índole, en el que sobresale por el hecho de que gran parte de los migrantes son indocumentados la violencia de género, estructural y simbólica, pudiendo causar problemas de salud mental y emocional, así como físicos en el caso de las mujeres por estar más expuestas a las agresiones físicas.

El Continuum de la Violencia Estructural y de Género más Allá de las Fronteras y al Retorno al Sitio de Origen. Para muchos de los migrantes, sobre todo para aquellos que fueron deportados, el salir de esta forma de Estados Unidos después de permanecer varios años y hasta décadas trabajando, ahorrando, obteniendo algunos bienes, después de construir un proyecto de vida y tener que dejar a su familia, representa violentar sus derechos como persona, debido precisamente a esta violencia estructural que prevalece en el vecino país del Norte y en México.

Durante el tiempo que los migrantes mexicanos fueron retenidos en los centros de detención en Estados Unidos, como los de Arizona, Nuevo México y Texas, entre 2011 y 2012, una gran parte sufrieron abusos, falta de privacidad cuando requieren hacer sus necesidades fisiológicas, escasos procedimientos para realizar quejas, el que no les devolvieran sus pertenencias, alimentos insuficientes o inadecuados, privación del sueño, recluirllos en celdas demasiado frías, deficiencias en el uso del cinturón de seguridad cuando son trasladados en los vehículos de un centro a otro (Del Ángel et al., 2013). También existieron omisiones al brindar información de dónde estaban siendo deportados, no permitir comunicación sobre su paradero a los familiares, no recibir copia de los documentos que

firmaron, poco acceso a la representación consular y a los servicios de intérpretes adecuados (Del Ángel et al., 2013). Por si fuera poco, ya en México, ante la ausencia de documentación y pertenencias que no fueron entregadas por las autoridades estadounidenses, algunos migrantes fueron detenidos por la policía municipal por vagancia y por alterar el orden público (Del Ángel et al., 2013), acrecentando su vulnerabilidad cuando están de regreso.

Un ejemplo de esta violación de derechos fue la experiencia de Esteban, quien fue deportado de Estados Unidos en 2010, presentando distintas irregularidades durante este proceso. La experiencia de Esteban ya se analizó en el capítulo III, sin embargo, lo que se desea destacar es la violencia estructural ante su estado de indefensión y presión psicológica experimentada en ese momento.

Por otro lado, en un estudio realizado por Guerrero-Ortiz y Jaramillo-Cardona (2015) encuentran que muchos de los abusos que viven los migrantes deportados de Estados Unidos en la frontera norte de México, sin importar la causa por la que se originó, es el uso de la fuerza desmedida, así como el maltrato físico y verbal. De igual manera, varios de los derechos humanos de los migrantes son vulnerados durante su repatriación, en la que la mayoría de las veces los más perjudicados son las mujeres y los niños, pudiendo incluso terminar siendo víctimas de la trata de personas (Gómez, 2010, como se citó en Guerrero-Ortiz y Jaramillo-Cardona, 2015).

De acuerdo con el INM (2011), se pudo identificar que era habitual que mujeres migrantes deportadas de México reportaran frecuentemente a las organizaciones civiles y religiosas abuso por parte de las autoridades y del crimen organizado, como la extorsión, secuestro, trata de personas y abuso sexual (como se citó en Clériga Morales et al., 2016). Muchas de estas mujeres migrantes regresan a sus lugares de origen en completo desamparo, sin recursos y sin el apoyo necesario para reintegrarse a sus comunidades, y si bien puede haber algunos programas de reinserción, como el Programa de Repatriación Humana de INM, por ejemplo, no son aceptados por ellas porque no cumplen con sus expectativas, buscando de nuevo regresar hacia Estados Unidos (Clériga Morales et al., 2016).

En un estudio realizado por Saavedra Solano, Berenzón Gorn y Galván Reyes (2023, p. 9) sobre personas que fueron deportadas a México o devueltas forzosamente desde Estados Unidos, entrevistadas en el estado de Morelos, Hidalgo y la Ciudad de México, se pudo

determinar que cuando llegaron a la «frontera han experimentado daños en su salud, identidad, seguridad, redes sociales y estado financiero, que algunos describen en términos de tristeza, depresión, frustración y situaciones exigentes que han vivido a lo largo de su vida». Los autores encuentran que después del retorno cuando se produjo por fuerza o deportación, los malestares emocionales experimentados dependen en gran medida de la fuerza de las conexiones sociales y que construyeron en Estados Unidos y que mantuvieron en México. Es decir, estas redes sociales tanto en el vecino país del Norte como en México son fundamentales para que el impacto emocional por la deportación o regreso forzado no sea tan complicado de sobrellevar.

Algo que los autores resaltaron en este estudio es que las personas que se encontraban en condiciones precarias antes de emigrar son también las que en términos generales se encontraban en peores condiciones a su regreso y reincorporación, lo cual puede estar relacionado con el malestar emocional que tuvieron en las etapas preliminares de sus vidas. Esta angustia se reduce durante la permanencia en Estados Unidos y se agudiza de nuevo a su regreso a México por las precarias condiciones presentes (Saavedra Solano, Berenzón Gorn y Galván Reyes, 2023) en sus lugares de origen.

De igual forma, otra de las posibles afectaciones de las mujeres retornadas y/o deportadas es, por ejemplo, cuando se reincorporan a su vida familiar y comunitaria en sus lugares de origen, donde de nuevo la subordinación femenina rige las relaciones sociales (Clériga Morales et al., 2016), pudiendo retornar a un contexto de violencia de pareja o familiar. También se pueden enfrentar a un mercado laboral que ofrece pocas o nulas oportunidades, por lo cual se insertan en trabajos que apenas les permite sobrevivir (López Robles y Rivera, 2014).

Otro problema que registran las mujeres migrantes cuando son deportadas es que se crean estigmas, se les discrimina, estableciendo estereotipos sobre ellas sin fundamento como de que son mujeres malas, especialmente en las comunidades endógenas; situación que se vuelve más grave si por alguna razón ellas fueron sometidas a procesos judiciales de diferente tipo (López Robles y Rivera, 2014). En este sentido, si bien son mucho menos las mujeres migrantes deportadas de Estados Unidos en comparación con los hombres (Gráfica 6), no dejan de presentar cierto tipo de violencia de género durante el retorno, bien sea dentro de

este proceso, donde se encuentran también expuestas al abuso de las autoridades en territorio estadounidense y posteriormente en México, así como de los grupos delincuenciales. Ya en su lugar de origen después del retorno, pueden volver a vivir la experiencia de antes de irse cuando estaban sujetas a relaciones de subordinación, así como del posible retorno a la violencia doméstica, aunado a la violencia estructural.

Dentro del grupo de migrantes que se entrevistaron, en especial con respecto a la experiencia de Mary, si bien ya no fue violentada por su esposo, dado que después de su deportación los abandonó, las repercusiones por la violencia recibida la siguieron atormentando por varios años más. De acuerdo con el testimonio de Mary, se imaginaba que su exesposo estaba por su casa, o que iba a regresar, y la iba a seguir agrediendo. En este sentido, pasaron varios años para que Mary asimilara que su exesposo ya no estaba y que ya no le podría hacer daño.

Del mismo modo, Adriana, una vez que retornó a Tenancingo, y que estuvo viviendo con su esposo en la casa de sus suegros, padeció de nuevo relaciones patriarcales en el que ella ya estaba sumisa a su carácter de ama de casa, de cuidadora de los niños, mientras que su esposo salía sin ella, se iba a fiestas; contrario a lo que había vivido en Estados Unidos, causándole problemas de salud emocional y mental. Por su parte, se encuentra Norberto, quien después de más de 20 años de residir en Estados Unidos fue deportado, con toda una vida hecha en dicho lugar, afectándolo considerablemente de manera emocional por tener que haber dejado a su familia. Por otro lado, especialmente Esteban y Mary, a su retorno a sus lugares de origen continuaron con problemas de violencia estructural, pues, en ciertos aspectos, las condiciones al retorno no cambiaron respecto de las condiciones que tenían antes de emigrar. Si bien Mary creció, estudió, trabajó y formó una familia en el vecino país, tanto ella como Esteban son ejemplos claros de como la violencia estructural en México y en Estados Unidos los ha permeado, persistiendo la falta de mejores oportunidades a través de los años, lo que no ha permitido que las condiciones de vida de ambos presenten una mejoría notable.

Así pues, la violencia de género y violencia estructural puede continuar al regreso al lugar de origen, siendo en algunos casos hasta más intensa por el involucramiento de nuevos actores, y en el que ya intervienen otra serie de circunstancias que difieren a las que existían

antes de que las personas emigraran por primera vez. Población deportada después de permanecer varios años en Estados Unidos, con familia que se quedó en dicho lugar, el llegar de nuevo a construir una vida, el experimentar de nuevo una violencia estructural que no ha mejorado, a una edad más avanzada, siendo este un factor importante al tratar de mejorar las condiciones de vida.

Para finalizar, es importante hacer énfasis en que el fenómeno social de la violencia hacia las mujeres en diferentes esferas viene precedido del sistema patriarcal de gran parte de las sociedades del mundo, donde prácticamente se han visto a las mujeres de manera subordinadas e invisibles con respecto a los hombres, originándose una situación de desigualdad que se ha vuelto estructural. Y es que como refiere Wharton (2005), se preserva una identidad de género hegemónica, con una subordinación de las mujeres a los hombres. En este sentido, la necesidad de enfatizar como la violencia afecta e impacta en la salud de las mujeres migrantes en todas las fases migratorias, lo cual pone en evidencia su vulnerabilidad en sus historias de vida y sus itinerarios terapéuticos. Sin dejar atrás la violencia que se da también contra los hombres, y que puede tener otros matices relacionados en mayor medida con la violencia estructural y simbólica.

Desde la OMS la violencia de género es un problema de salud pública alarmante por los altos niveles en los que se está presentando en los últimos años, impactando de manera negativa en el bienestar de las personas y generando nuevos tipos de violencia. Tanto así que el número de feminicidios ha aumentado considerablemente, siendo el Estado de México la entidad con la mayor proporción de delitos de este tipo a nivel nacional. De igual forma, el contexto pandémico por COVID-19 no ha sido ajeno a estas nuevas formas de violencia por las condiciones de aislamiento, confinamiento y cuarentena que se vivió en 2020, donde las mujeres en muchos casos fueron las más afectadas por la violencia doméstica ejercida por sus esposos (Fernández Nieto, 2020). No obstante, con toda esta serie de dificultades, las personas migrantes trataron de superar estas restricciones estructurales para atender dichos problemas de salud de acuerdo con las condiciones económicas y sus creencias y tradiciones. Una combinación de factores, violencia estructural, violencia de género, doméstica, sexual y simbólica que sin lugar a duda permea en la vida de las mujeres y los hombres migrantes en las diferentes fases migratorias, generando desigualdad y discriminación, violentando sus derechos humanos.

COVID-19 y Desigualdad Social: Enfrentando lo Desconocido

Otro de los aspectos que surgen en la presente investigación en Tenancingo está relacionada con el impacto del COVID-19 en la salud de migrantes de retorno, pues el trabajo de campo se realizó dentro de un contexto de pandemia y de crisis de salud pública, cuando no se tenía la certeza de poder hacerlo como comúnmente se realiza, yendo a entrevistar a los diferentes actores cara a cara, porque se evitaba tener contacto con otras personas por el temor a ser contagiados. Algunas personas entrevistadas manifestaron que se infectaron con el virus. De ahí la importancia de ahondar en esta temática, dado que fue un problema de salud que ha tenido grandes repercusiones en todo el mundo, y algunos grupos sociales fueron más vulnerables que otros, dentro de los que se destacan los migrantes.

SARS-CoV-2 e Impacto Diferenciado por Género en la Salud de Mexicanos en Estados Unidos

De acuerdo con la OMS, el COVID-19 es una enfermedad originada por un coronavirus llamado SARS-CoV-2, del cual se tuvo conocimiento por primera vez el 31 de diciembre de 2019 después de la notificación de un grupo de casos de la llamada neumonía viral, registrada en Wuhan, capital de la provincia de Hubei, perteneciente a la República Popular China (OMS, 2023; Escudero et al., 2020). Dentro de los principales síntomas que presentó esta enfermedad estaba la tos, fiebre y dolor de cabeza, además de dolor o ardor de garganta, dolores musculares, dolores de las articulaciones, escurrimiento nasal, ojos rojos, dolor de pecho y dificultad para respirar o falta de aire (SEGOB, 2023).

York (2022) argumenta que los trabajadores migrantes en Estados Unidos desde antes de la pandemia vivían y trabajaban en condiciones inseguras, y con la crisis sanitaria del COVID-19 su vida laboral se volvió aún más peligrosa, resaltando los riesgos que enfrentaban. Muchos trabajadores realizaban actividades esenciales como la agricultura, la construcción y el comercio, teniendo una mayor probabilidad de estar expuestos al virus. Como esta autora indica, si bien no existía una base de datos única en la que se registrara las tasas de mortalidad en los trabajadores migrantes durante la pandemia, algunas fuentes describen que las tasas fueron más altas que en los trabajadores autóctonos.

York (2022) sostiene que el hacinamiento en las viviendas de los migrantes trabajadores, en gran medida hombres, no permitió que se diera un distanciamiento social durante la pandemia, sobre todo entre quienes vivían en los mismos lugares de trabajo. Esto se veía agravado por el empleo inestable y los bajos salarios, lo que generaba una mayor presión para trabajar cuando había empleo disponible, incluso si los trabajadores o sus compañeros no se encontraban bien de salud. En California, por ejemplo, los datos sobre muertes por COVID-19, entre la población en edad laboral mostraron que los latinos representaban casi el 50.0% de todas las muertes, aunque constituía alrededor del 35.0% de la población total. Otro estudio en la unión americana encontró que los latinos nacidos en el extranjero y que no eran ciudadanos experimentaron tasas más altas de infección y mortalidad por COVID-19 que otras poblaciones en los Estados Unidos. Esta situación tuvo consecuencias devastadoras para las familias de los migrantes que murieron en el extranjero, cuyo proceso de duelo solía complicarse por las barreras del idioma, además de los altos costos de repatriación y la dificultad de saber en qué circunstancias murió la persona (York, 2022).

Lusk y Chandra (2021) estimaron que durante el periodo del 1 de marzo de 2020 y el 31 de marzo de 2021, el número acumulado de trabajadores agrícolas contagiados de COVID-19 en Estados Unidos fue de 400,262 (contratados, no remunerados y migrantes), de los cuales 7,240 fallecieron. De igual forma, el NCFH contabilizó hasta el 5 de febrero de 2023, alrededor de 690,000 casos de COVID-19 en trabajadores agrícolas empleados por medio de un contratista en Estados Unidos, sin incluir jornaleros contratados y temporales. Hasta el 19 de enero de 2023, en los condados rurales se reportaron más de 14 millones de contagiados de COVID-19, de los cuales 196,241 fallecieron (NCFH, 2023).

De acuerdo con información del Portal de Datos sobre Migración (2022), los empleadores de los migrantes también pudieron enfermar, contagiando a los migrantes e incluso morir y dejarlos sin ningún tipo de ingresos, pues los permisos de trabajo están ligados con el empleador. En este contexto, con las fronteras cerradas y los limitados recursos económicos, el retorno a sus países de origen se dificultaba, lo que dejó a muchos trabajadores migrantes atrapados en los países de recepción, sin donde vivir y sin ingresos.

Estos problemas y limitaciones que vivieron los migrantes se debió en mucho a su carácter de indocumentados, aunque también los migrantes agrícolas de Tenancingo que se fueron a trabajar con visas H-2A estadounidense y del PTAT canadiense han presentado una problemática semejante. Un trabajo realizado en 2021 por Becerril Quintana y Macías Suárez (2022) sobre el impacto del COVID-19 en la salud y el empleo de hombres trabajadores agrícolas mexiquenses en Estados Unidos y Canadá, puso en evidencia que durante la pandemia, en ambos programas con visas de empleo temporal, se adoptaron medidas importantes en los lugares de trabajo para prevenir el contagio del COVID-19, sin embargo, prevalecieron inadecuadas condiciones de trabajo que impactaron negativamente en la salud de los migrantes, además de que el riesgo de contraer la enfermedad fue alto a raíz de que estuvieron permanentemente expuestos a vivir en viviendas en condiciones de hacinamiento, trasladarse al lugar de trabajo de forma aglomerada, no contar en varios casos con instalaciones para lavarse las manos y no poseer estatus legal pleno y seguridad social completa.

Por otro lado, la población migrante es mayormente sensible a situaciones que afectan sus derechos como personas, con experiencias diversas entre hombres y mujeres. En el contexto de pandemia, las mujeres enfrentaron otras complicaciones que las colocaron en mayor vulnerabilidad frente a factores externos. De acuerdo con la IOM (2020), existen ciertos riesgos en específico para las mujeres a causa del COVID-19, como, por ejemplo, las restricciones de movilidad y viajes, poniendo en riesgo sus ingresos, sobre todo las que se dedican a los trabajos domésticos. En un reporte del PNUD se documentó que una de las implicaciones de la pandemia fue la movilidad, en la que las mujeres migrantes trabajadoras del hogar, sobre todo las indocumentadas, se volvieron más dependientes de sus empleadores, alejándose de los servicios de protección social. Otra desventaja que registraron fue una mayor inseguridad frente al virus, y es que muchas mujeres migrantes tenían un limitado acceso a materiales de protección como cubrebocas y gel desinfectante para manos, así como condiciones de hacinamiento en el lugar donde residían, haciéndolas más vulnerables frente al virus (como se citó en IOM, 2020). De acuerdo con ONU Mujeres (2020), las mujeres migrantes trabajadoras del hogar presentaron también otras problemáticas, como asumir una carga de trabajo adicional en su núcleo familiar, seguir las recomendaciones sanitarias y la reducción de sus salarios, retrasos y despido.

De acuerdo con el PNUD (2020), las condiciones de la vivienda, como hoteles de paso, departamentos compartidos, o los propios centros de detención o estaciones migratorias, fueron lugares con altos índices de hacinamiento e infraestructura deficiente, lo cual incidió en un mayor contagio de COVID-19 para las mujeres migrantes que se encontraban en movilidad, buscando refugio y asilo político.

Por otro lado, el rechazo xenófobo, como ya se mencionó con anterioridad, se relacionó con el estigma de que los migrantes poseían el virus del COVID-19 por el solo hecho de ser migrantes, siendo blanco de amenazas. En las mujeres migrantes, una de las consecuencias pudo ser la falta de atención adecuada en los centros médicos y espacios de salud exclusivos para ellas (PNUD, 2020; ONU Mujeres México, 2020 y 2020a). Otra consecuencia fue el aumento de la violencia de género, dado que las restricciones de movilidad y la cuarentena obligaron a muchas mujeres casadas a aislarse con sus esposos maltratadores. Esta violencia se vio recrudecida también por la incertidumbre laboral y migratoria, así como por el distanciamiento social. Fue de esta forma que muchas mujeres migrantes que no contaban con redes de apoyo en los países de tránsito y recepción pudieron estar en grave riesgo cuando se dio un aislamiento con su agresor (IOM, 2020; PNUD, 2020).

Aparte de los efectos mórbidos como consecuencia de la infección por el virus del COVID-19 en cada uno de los individuos, el confinamiento hizo aún más visibles los:

Cambios severos en los estilos de vida que se manifiestan en una mala alimentación, inactividad física, alteraciones del sueño, principalmente insomnio y alteraciones mentales como estrés, ansiedad y depresión. Estas alteraciones propiciaron aún más el desarrollo de una vida sedentaria que favoreció la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, diabetes e hipertensión. (Reyes Ramos y Meza Jiménez, 2021, p. 9)

En términos generales, la pandemia de COVID-19 afectó en varios sentidos la salud de las personas, en primer lugar, las afectaciones del virus en la propia salud de los individuos, la cual se veía agravada cuando éstos tenían algún tipo de morbilidad crónica que los hacía más vulnerables, y, por otro lado, las consecuencias a raíz del encierro, del confinamiento, que generó, como ya se mencionó, alteraciones alimenticias y sobre todo problemas de salud mental.

Dado lo anterior, los efectos del COVID-19 por género en Estados Unidos han sido diferenciados, las mujeres han presentado una mayor desventaja de acuerdo con las

características propias de su entorno de vida y de trabajo. A esto se les agrega el acceso limitado a los servicios de salud, en un sistema que no tuvo la capacidad de atender al gran número de personas que se infectaron con el virus. De igual forma, la gravedad de la enfermedad tuvo fuertes repercusiones en la salud de las personas y de los migrantes especialmente, pues como se señaló anteriormente, las condiciones en las que vivían, de trabajo y transporte no les favorecían para poder preservar la distancia y evitar posibles contagios.

Pandemia de COVID-19 y Salud en la Población Migrante de Retorno

El impacto de la pandemia de COVID-19 fue generalizado en toda la población, sin embargo, hubo grupos con una mayor vulnerabilidad, dentro de los que se destacan los migrantes, los solicitantes de asilo y refugiados (Sierra García, 2021). La pandemia provocó que Estados Unidos deportara un mayor número de migrantes al ser vistos como portadores del virus y un riesgo para su nación, se trataba de un asunto de seguridad nacional, de acuerdo con su retórica. Fue así como muchos migrantes regresaron a sus lugares de origen sin seguir ningún tipo de protocolo sanitario, además de que regresaron a países con sistemas sanitarios deficientes lo que pudo originar un círculo vicioso (Ortega Velásquez, s.a., como se citó en Sierra García, 2021).

De acuerdo con Badillo (2023), en México, la pandemia de COVID-19 puso al descubierto un sistema de salud precario e ineficaz, para 2024 la situación es prácticamente la misma. Con los primeros casos de coronavirus en el país se vio un sistema de salud en situaciones críticas, hospitales en entornos precarios, muy pocas unidades de terapia intensiva y mal abastecidas, un mínimo de médicos especialistas en medicina crítica, un mal sistema de diagnóstico molecular y una alta proporción del sistema primario de atención bajo el cargo de consultorios anexos a farmacias (Macías Hernández, 2023, como se citó en Badillo, 2023).

Hasta el momento, en 2024, no se tiene el suficiente número de camas de terapia intensiva para enfrentar otra pandemia, pero sí de camas con ventilador, aunque estas últimas no sirven de mucho si están atendidas por personal que no cuenta con la capacidad necesaria para atender a un paciente en terapia intensiva. Tampoco se tiene un sistema primario de atención, en la que incluso los derechohabientes del IMSS y del ISSSTE no van a las clínicas

que les corresponde, sino que se dirigen en mayor medida a consultorios de los habilitados a un lado de las farmacias (por ejemplo, Farmacias del Ahorro, Farmacias Similares), donde generalmente se ha sobremedicado a los pacientes. Tampoco existe un sistema nacional de diagnóstico y una larga lista de necesidades, de lo cual no se ha aprendido de la experiencia de acontecimientos pasados, como fue con lo del virus H1N1³⁸ (Badillo, 2023).

En síntesis, la pandemia de COVID-19 ocasionó:

Reconversión hospitalaria en México [que] se dio con base en criterios de atención oportuna y de calidad para dar respuesta a la pandemia y acorde a lo que se estableció por parte de la Secretaría de Salud [...] se determinó los servicios que pueden suspenderse y reprogramarse y se puso en primer término la consulta externa para pacientes con enfermedades crónicas controladas con estricto apego a cita escalonada. (Secretaría de Salud, 2020, p. 14)

En este sentido, se dejaron de lado los servicios de salud de otras áreas, dando preferencia a atender pacientes con problemas respiratorios y síntomas de COVID-19 (Secretaría de Salud, 2020).

En el capítulo II se expuso que para el 2020 fueron devueltos 184,402 mexicanos y mexicanas de Estados Unidos, este número de eventos estuvo por debajo del registrado en 2019 con 211,241, equivalente al 12.7%. No obstante, entre 2021 y 2022, el número de devueltos aumentó considerablemente, sobre todo para este último año, posiblemente por las implicaciones de la pandemia del COVID-19, siendo de 209,383 y 258,007 eventos, respectivamente. Para el 2023, el número de deportados disminuyó, volviendo a niveles de 2019 con 214,849 eventos. En lo que concierne al Estado de México, las tendencias fueron muy similares, aunque con magnitudes inferiores y más homogéneas. En 2019 el número de devoluciones alcanzó los 11,170, reduciéndose para el 2020 en 10,206, y aumentando en 2021 y 2022 en 10,625 y 12,173 de manera respectiva³⁹. Para el 2023 se redujo a 10,633 eventos. De acuerdo con esta información, el impacto de la pandemia de COVID-19 en cuanto al número de devueltos no se reflejó en 2020, que fue el año en el que inició, pero si

³⁸ «La gripe H1N1, a veces llamada gripe porcina, es un tipo de virus de la influenza A. Durante la temporada de gripe 2009-2010, un nuevo virus H1N1 empezó a causar enfermedades en seres humanos. Por lo general, se denominaba gripe porcina y era una nueva combinación de virus de la influenza que infecta a cerdos, aves y seres humanos. La OMS declaró la gripe H1N1 como pandemia en 2009. Ese año se calcula que el virus causó 284,400 muertes en todo el mundo. En agosto de 2010, la OMS declaró el fin de la pandemia. Sin embargo, la cepa de la gripe H1N1 de la pandemia se convirtió en una de las cepas que causan la influenza estacional». (Mayo Clinic, 2023)

³⁹ Datos de la Unidad de Política Migratoria, 2015-2023.

para los años posteriores, siendo más notorio el número de devueltos en 2022 a nivel nacional, cuando el impacto pudo estar más agudizado, sumado también a otros aspectos como las políticas antiinmigrantes y el desempleo en el vecino país del Norte.

En territorio mexicano, después de ser deportados o retornados los migrantes de Estados Unidos, para 2020, expresaban que los funcionarios no realizaban revisiones adecuadas en los puertos de entrada, si acaso el control de la temperatura. Tampoco había una revisión estricta para detectar el contagio por COVID-19, aislarlos o entregarles un cubrebocas, a pesar de que en estados y ciudades fronterizas se hizo obligatorio. Esta mezcla de medidas de protección y control, escasos e ineficaces, realizadas en ambos países pudieron haber dado como resultado que muchas personas deportadas de Estados Unidos estuvieran vinculadas con brotes de la pandemia en refugios para migrantes. A esto se le suma que «una vez en territorio mexicano, las personas deportadas se enfrentan a opciones de albergue limitadas, situación de calle en muchos casos, inseguridad, angustia, xenofobia, un sistema de salud que no responde y una economía en quiebra» (WOLA, 2020, p. s.n.).

Estas deportaciones de migrantes por parte de Estados Unidos a la frontera con México causaron una situación caótica, dado que los albergues cerraron para evitar el contagio del COVID-19, además de observarse la interrupción de los programas de apoyo, el cierre de los módulos del INE, lo que era necesario y trascendental para acreditar la nacionalidad mexicana por parte de los migrantes (Pinillos, 2020).

Para el caso de las 4 mujeres migrantes de Tenancingo entrevistadas fueron 3 las que padecieron esta enfermedad, aunque todas ellas ya habían regresado de Estados Unidos años antes de que se diera esta pandemia. En el caso de Azucena y Micaela el diagnóstico se confirmó, pero en el caso Mary no se pudo determinar clínicamente por las fechas en las que presentó la enfermedad, cuanto todavía no se había registrado formalmente en México ningún caso de coronavirus. Sin embargo, en su testimonio señala que los síntomas fueron muy similares a los que presentaron las personas que padecieron la enfermedad.

El impacto de la pandemia en las personas migrantes entrevistadas, así como de la población en general en Tenancingo, y en todo México, tuvo repercusiones severas, dado que se evidenció un sistema de salud rebasado con carencias en cuanto al material para la detección de la enfermedad, la disponibilidad hospitalaria, el seguimiento de los casos, el

acceso a medicamentos, a tanques de oxígeno, entre otras falencias, que pudieron llevar a que hubiera un mayor número de defunciones. Fue un impacto que no solamente se vio reflejado en cuanto al sistema de salud, sino en otras dimensiones como la economía del país y la educación, afectando a toda la población.

Haciendo referencia específicamente a las 3 mujeres entrevistadas que fueron afectadas por la pandemia de COVID-19, fueron complejas las vivencias y experiencias dentro de sus PSEAP. No obstante, hubo respuestas acertadas y oportunas para superar la enfermedad. Por otro lado, ninguno de los 4 hombres entrevistados señaló haber padecido este padecimiento, lo que hace necesario una investigación más profunda sobre el impacto diferenciado del COVID-19 por género, generación, clase, etnicidad y localidad en Tenancingo, en población migrante y no migrante.

Por último, se hace referencia a un testimonio de un hombre de 55 años de la ciudad de Toluca, Estado de México, entrevistado por Mendoza Sánchez (2021). Esta persona padeció COVID-19 a principios de febrero de 2021, estuvo hospitalizado aproximadamente un mes y quedó con el 75.0% de daño pulmonar. Al parecer su contagio se dio por la interacción que tuvo como comerciante con su hermano, quien se contagió primero. En el hospital le hicieron la prueba, el resultado fue negativo y al tercer día comenzó con los síntomas. De acuerdo con el testimonio de esta persona, no acostumbraba a acudir al médico, prefería aguantar las molestias porque pensaba que no se iba a enfermar. Esto causó que la enfermedad avanzara y aunque se tomó los medicamentos recetados, ya no fue posible mejorar su estado de salud por lo avanzado del padecimiento. Las secuelas físicas en los pulmones las ha estado tratando de superar por medio de rehabilitación, y aunque mentalmente se siente fuerte, señala que físicamente la enfermedad le ocasionó muchos problemas en los músculos.

A diferencia de las mujeres migrantes entrevistadas, donde la atención que tuvieron a causa del COVID-19 fue oportuna, el testimonio de este hombre da a entender que no atendió los síntomas que padecía y que estaban relacionados con la enfermedad. En este sentido, se observa como un análisis diferenciado por género permite observar comportamientos particulares en ciertas situaciones como fue la atención a la salud, especialmente ante la tendencia de menor atención de la salud entre los hombres. Estos

testimonios permiten plantear la necesidad de proponer una nueva línea de investigación centrada en el análisis de las secuelas del COVID-19 en la población mexiquense.

Así pues, la pandemia del COVID-19 vino a exacerbar la fragilidad de los seres humanos de esta época, a recordar lo vulnerables que somos frente a eventos que trascienden en nuestras vidas. Además, exhibió que los sistemas de salud de muchos países colapsaron frente a una emergencia de esta índole, así como una crisis económica y crisis de salud pública a nivel mundial que ha causado niveles alarmantes de desempleo y por ende mayor pobreza. Ha evidenciado las desigualdades sociales y económicas que están presentes en todo el mundo. En el caso específico de México, no fue la excepción, poniéndose de manifiesto la debilidad estructural del sistema de salud. Hasta agosto de 2023, México ocupó el quinto lugar con el mayor número de fallecidos por coronavirus en el mundo, con 334,336, por debajo de Estados Unidos, Brasil, India y Rusia (Statista, 2023). De igual forma, al 11 de diciembre de 2023, de acuerdo con datos de la UNAM (2023) sobre COVID-19 en México, se habían registrado 335,021 fallecidos por esta enfermedad, siendo el Estado de México la entidad con el mayor número de muertos, con 48,418.

El Estado de México también presentó, en 2020, una ausencia notoria de espacios y de personal médico para atender la demanda de personas contagiadas con COVID-19. En este sentido y ante esta contingencia, la administración del gobernador Alfredo del Mazo incrementó la infraestructura hospitalaria adaptando nuevos espacios de hospitalización en las ciudades de Toluca, Tlalnepantla, Texcoco, Tonanitla, Nezahualcóyotl y Ecatepec, así como contratar más médicos y enfermeras y más equipamiento para los hospitales (Redacción, 2020). Por otro lado, el hospital del municipio de Tenancingo fue declarado, en 2020, hospital COVID-19, por lo cual todos los esfuerzos se destinaron a atender a las personas con enfermedades respiratorias y COVID-19, situación que se evidenció cuando se acudió a recabar información sobre las estadísticas de morbi-mortalidad del hospital, aunque en los datos brindados no había registros explícitos relacionados con la pandemia.

Si bien el COVID-19 vino a trastocar la vida de todas las personas a nivel mundial, hubo grupos que padecieron este padecimiento en mayor magnitud por las consecuencias que trajo en las diferentes facetas de sus vidas. Por ejemplo, los migrantes, retornados y no retornados, quiénes han sufrido en carne propia la discriminación y xenofobia, el que se les

recrimine como una amenaza cuando lo que hacen es ir a trabajar para mejorar sus condiciones económicas y aportar a la economía de los países de recepción, siendo deportados por considerarlos un riesgo para la seguridad de la población estadounidense. Fue este grupo el que estuvo más expuesto a situaciones de riesgo por trabajar en el lugar de recepción en condiciones inseguras, hacinados, sin posibilidad de conservar las distancia entre los trabajadores, empleos inestables, bajos salarios y ausencia de servicios de salud (York, 2022).

Desigualdad, Salud Emocional y Mental: Afectaciones a los Migrantes en los Estados-Nación

Durante el trabajo de campo en Tenancingo también resaltaron los problemas de salud mental en migrantes retornados. Las 8 personas que colaboraron en la investigación manifestaron haber vivido malestares emocionales y problemas de salud mental en algún momento de las fases de su trayectoria migratoria. Es conveniente subrayar que en el proceso migratorio se pueden presentar diversas vivencias que generan desequilibrios emocionales y mentales, sobre todo ante la complejidad y el dinamismo que han cobrado los flujos migratorios en México. De ahí que en este apartado se pondrá énfasis en los modos de vida que experimentaron y experimentan en su cotidianidad y que afectan la salud emocional y mental de las personas migrantes.

Salud Emocional y Mental en el Proceso Migratorio

Los procesos y experiencias de salud/enfermedad de las personas migrantes relacionados con las alteraciones de su salud mental y emocional, están ligadas con las fases de su trayectoria migratoria. Desde el momento en que deciden trasladarse a otro país, cuando ya se encuentran en el lugar de recepción, cuando están preocupados por las condiciones de trabajo y vivienda, por aquellas situaciones que pueden generar explotación y aislamiento, violencia, desinformación, desamparo, xenofobia y rechazo por la población autóctona del Norte, así como posibles acontecimientos traumáticos que pudiesen vivir (Sánchez Márquez y López Miguel, 2008; Irrázaval y Prieto, 2016, como se citó en Martínez Pizarro, 2019). No obstante, es necesario recordar que la migración es un evento que, aunque genera tensión, no necesariamente provoca efectos negativos en las personas que lo viven (Malero, 2010, como

se citó en Sin Fronteras IAP, 2017), por lo que es necesario considerar la diversidad de factores que intervienen en esta dinámica (Sin Fronteras IAP, 2017).

Las alteraciones mentales difieren según la fase migratoria, dado que en la preparación del viaje es frecuente que las personas presenten síntomas de miedo y ansiedad. Durante el traslado se hace presente la nostalgia, depresión y el trauma por separarse de la familia. En el lugar de recepción se pueden encontrar con un aislamiento social por los problemas de aculturación, las barreras del lenguaje, los prejuicios y la marginación (Martínez Pizarro, 2019). Así mismo, considerando que generalmente emigran para trabajar, perder el empleo puede generar un acelerado deterioro de su salud mental a causa del impedimento de predecir y realizar planes a futuro, así como la pérdida de una posición social, aparte de lo económico (Del Pozo et al., 2002). Así mismo señalan que entre más tiempo se encuentran desempleados, peor es la decadencia de la salud mental (como se citó en Caicedo y Van Gameren, 2016a). Por su parte, Milner, Page y LaMontagne (2013) argumentan que los altos niveles de desempleo pueden estar relacionados con altas tasas de suicidio (como se citó en Caicedo y Van Gameren, 2016a), lo que pone de manifiesto la relación que existe entre las condiciones del trabajo y la salud mental de los migrantes.

Por otro lado, de acuerdo con Fernández-Carapia (2024), el solo hecho de que los migrantes vivan y trabajen en el extranjero, que contribuyan económicamente al país de recepción como al de origen, a la preservación y propagación de la cultura, es una razón fundamental para que existan políticas públicas que atiendan la salud mental y física de esta población, situación que no ha sido prioritaria en las agendas gubernamentales.

Al retorno a sus lugares de origen, autores como González Calvo (2005, p. 88) aluden al duelo migratorio que se da al regreso, cuando los migrantes han dejado atrás «el país de acogida, personas, vínculos, vivencias», para llegar al país de origen en el que «se han producido muchos cambios, cambios en el entorno, en las gentes y en la propia persona del “inmigrante retornado”, ya no es el mismo, nada es lo mismo». En este sentido, Salas Alfaro y Jiménez Quezada (2017, p. 196) en una investigación realizada en migrantes mexiquenses retornados de Estados Unidos, expresan que aquellos migrantes que no lograron superar el duelo migratorio en Estados Unidos vivieron de forma inadaptada con su entorno, con el clima, idioma, comida, soledad, las leyes, la depresión, la discriminación, entre otros

aspectos; y que una vez que regresaron a México, han manifestado estas dificultades con «actitudes de enfado, rechazo de oportunidades, insatisfacción, problemas familiares y una constante idea de volver al Norte».

Ante este escenario, los migrantes que han retornado a México, sobre todo aquellos que permanecieron un largo tiempo en Estados Unidos, que se alejaron prácticamente de su lugar de origen con respecto a las redes sociales y familiares, presentan una serie de problemáticas al regresar, un sentimiento de no pertenencia a la localidad de origen, un deseo inmensurable de regresarse porque consideran que su vida ya no pertenece a este lugar sino al que años buscaron emigrar y en cuyo sitio muchos migrantes construyeron una familia y lograron un estatus económico superior al que podrían tener en el lugar de origen. Son un conjunto de sentimientos encontrados en el que ellos mismos no distinguen con claridad a qué lugar pertenecen, porque tienen una vida construida en el país del Norte, con raíces que pertenecen al lugar de origen, generando en ellos confusión, estrés, ansiedad y tristeza.

Ruiz-Castell et al. (2016, como se citó en Martínez Pizarro, 2019) argumentan que los trastornos mentales pueden producir enfermedades neurológicas como las cefaleas y migrañas, siendo ésta última la más común entre los migrantes debido a los altos niveles de estrés a los que están expuestos por los impactos emocionales que generan los cambios en sus vidas, que incluso en determinado momento también puede generar problemas de demencias.

Widmann et al. (2017) sostienen que:

Las alteraciones más frecuentes de salud son la depresión, el deterioro de la salud mental, los problemas mentales derivados del abuso del alcohol, la esquizofrenia, los trastornos del estado de ánimo, la violencia debida a las alteraciones mentales, la distimia y el trastorno depresivo moderado y severo. También los trastornos psicóticos, los trastornos afectivos y los trastornos neuróticos. (como se citó en Martínez Pizarro, 2019, p. 1)

En este sentido, el hecho de que las personas consideren dentro de su proyecto de vida la posibilidad de emigrar desencadena incertidumbre, temor y miedo de lo que pueda suceder en este proceso de movilidad, alterando directamente la salud mental y emocional. Todas estas situaciones complejas que viven las personas migrantes durante cada fase de su trayectoria migratoria producen estresores que pueden afectar gravemente su bienestar psicológico, expresándose en miedo, confusión, dudas, dolor emocional, entre otro tipo de

respuestas (Achotegui, 2018, como se citó en Ojeda García, 2023). Se encuentran viviendo un fenómeno psicológico que se expresa en un sentimiento de desesperanza, el cual puede ser fomentado por el temor al fracaso del proyecto migratorio, la falta de oportunidades, el poder sobrevivir, la falta de derechos y la ausencia de redes de apoyo (Ojeda García, 2023). Lo anterior da cuenta de que los migrantes repatriados, aquellos que ya pudieron experimentar una vida de trabajo en Estados Unidos, pueden regresar a México también con una carga de enfermedad física y mental.

En síntesis, aquí se ha argumentado que los problemas de salud mental están presentes en todas las fases migratorias, como se ha señalado a partir de los estudios mencionados y la evidencia empírica resultante del trabajo de campo. Se encontró que todas las personas entrevistadas tuvieron y tienen experiencias relacionadas con problemas de salud emocional y mental. En los capítulos III y IV se analizaron las vivencias de estrés y tensiones, por ejemplo, de Adriana cuando era pequeña por cuidar a sus hermanos, durante el traslado hacia Estados Unidos, además del último año que permaneció en el Norte, por la constante vigilancia por parte de las autoridades migratorias y el aumento de las deportaciones. También a su regreso a México cuando su esposo cambió su forma de ser y el trato que le brindaba a ella, generándole problemas emocionales porque ya no era la misma persona con la que formó su hogar en Estados Unidos, lo que posteriormente ocasionó una separación.

Una experiencia semejante de estrés permanente fue la que vivió Erasto al tratar de obtener una mayor cantidad de ingresos para enviar remesas y poder sostener a su familia que se encontraba en México; con la idea de costearles una carrera universitaria a sus hijos, la cual se presentó desde antes de irse para Estados Unidos y hasta que padeció el problema del derrame cerebral en dicho país del Norte. En varias ocasiones reiteró Erasto que una buena parte de sus problemas de salud se los atribuye al estrés, a la presión que tenía por estar laborando. Así mismo, lo que le sucedió a Alberto, durante su estadía laboral en Estados Unidos presentaba mucha ansiedad por ver a su familia que se encontraba en Tenancingo, así como el estrés cuando trabajaba en la jardinería y posteriormente una mezcla de sentimientos cuando sufrió el accidente laboral, estando postrado los primeros meses en una silla de ruedas, en la que lo aquejó el estrés, la ansiedad y la depresión, por no poder realizar las actividades a las que estaba acostumbrado, hasta el punto de intentar quitarse la vida, pues no quería ser una carga para nadie.

Así pues, los problemas de salud mental son frecuentes dentro del proceso migratorio, los cuales dependen en mucho de la historia de vida, los modos de vida y los itinerarios terapéuticos que ha promovido cada una de las personas migrantes. Pero el punto de partida para que esta situación se presente de esta forma es el estatus migratorio en el que se encuentran los migrantes, en la que la mayoría son indocumentados, situación que posiblemente no sería tan severa si los migrantes tuvieran un estatus migratorio diferente.

Violencias y Salud Mental y Emocional en la Población Migrante de Retorno

De acuerdo con la OMS (2005, como se citó en CSFMEU, 2021), la salud de la población migrante esta influenciada por distintos factores, dentro de los que se destacan el estado de salud antes de comenzar el proceso migratorio, la experiencia durante el traslado, en el lugar de recepción y la vida después de la migración. En este sentido, la salud mental de las personas migrantes puede estar afectada por los «cambios sociales rápidos, las condiciones de trabajo estresantes, la discriminación de género, la exclusión social, los modos de vida poco saludables, los riesgos de violencia, la mala salud física y las violaciones de los derechos humanos» (OMS, 2016, como se citó en CSFMEU, 2021, p. 11).

Específicamente en el proceso de retorno de los migrantes, bien sea que este se haya dado de manera voluntaria u obligada, varios de los estresores relacionados con la salud mental tienen que ver con la separación familiar, vivir con incertidumbre, desconocimiento del entorno frente a los cambios que se han dado con el tiempo, entre otros más. De esta forma, la CSFMEU (2021) a través de los módulos instalados para atender la salud de los migrantes cuando son repatriados de Estados Unidos ofrece acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades por medio de una atención integral, poniendo énfasis en la salud mental. De 2012 a 2017 de acuerdo con esta comisión, se registraron alrededor de 1,131 atenciones psicológicas e intervenciones por crisis, en la que los principales cuadros clínicos fueron: signos de ansiedad y depresión, trastornos por estrés postraumático (generalmente en víctimas de secuestro o violación), crisis de angustia, trastornos psicóticos relacionados con el abuso de sustancias y el trastorno de esquizofrenia paranoide, de la personalidad y el relacionado con el consumo de sustancias, sobre todo cuando son síntomas precedidos del inicio del consumos de sustancias o medicamentos, por no tomarlos o por intoxicación grave.

Esta situación no es ajena para la salud emocional y mental de los migrantes retornados de Estados Unidos a México cuya repatriación es un evento obligado y no planeado, que muchas veces implica una separación familiar (Velasco y Coubès, 2013) o regresar con una carga del «fracaso migratorio» (Castañeda et al., 2018, p. 2). Situación que está relacionada con problemas de salud mental, como lo mencionan Velasco y Coubès (2013), los migrantes retornados a México de manera forzada registran alrededor de 20 veces más problemas de tipo mental con respecto a los que retornan de manera voluntaria. Por otro lado, Haukka et al. (2017, como se citó en Castañeda et al., 2018) sostienen que la migración forzada está muy asociada con la probabilidad de morir por motivos cardíacos, por lo cual, puede tener consecuencias para la salud a largo plazo.

Los problemas de salud mental también pueden ser severos cuando los migrantes retornan, sobre todo por la manera en la que se dio este acontecimiento y la forma en que se ha vivido. Aunque no se puede generalizar, varios migrantes deportados o retornados voluntariamente de Estados Unidos a México presentan manifestaciones que están asociadas al estrés, tanto emocionales como es la tristeza y la ansiedad; o físicas como puede ser dolor de cabeza y fatiga; y del pensamiento como la confusión y la dificultad para concentrarse (Bojórquez et al., 2015). En este sentido, frente a estos graves problemas, se requiere de una atención profesional y con especialistas, con tratamientos a mediano y largo plazo, aunque se hace más complicado el seguimiento de estos padecimientos en la población móvil.

Los resultados del trabajo de campo de esta investigación revelan que fueron 3 mujeres las que presentaron problemas de salud mental a causa de la violencia. De Micaela, Mary y Azucena, únicamente ésta última se trató los problemas de depresión y estrés con una especialista estando en Estados Unidos. Beneficio al que tuvo derecho por tener hijos pequeños y residir en Chicago, donde los migrantes pueden tener mayores prestaciones sociales a pesar de ser indocumentados.

Por su parte, Micaela no atendió los problemas de salud mental como la depresión, estrés, tristeza, miedo; sobre todo porque no quería que nadie supiera que le pegaban. Fueron molestias y sensaciones que se guardó y aguantó hasta que años después enfrentó a su esposo con la ayuda de su hijo mayor. En lo que corresponde a Mary, de igual forma fue una violencia física y psicológica extrema la que vivió con su esposo en Estados Unidos,

causándole problemas de depresión, ansiedad, estrés y temor. Era tanto el miedo que le tenía que nunca acudió con algún profesional en Estados Unidos, como tampoco lo hizo en México, lo cual pudo ser la causa de la diabetes que presenta, además de la angustia y ansiedad permanente. Por otro lado, Esteban a la fecha manifiesta problemas emocionales a causa de su deportación, 12 años después sigue sin atenderse. Por su parte Norberto, también vivió graves problemas emocionales en su momento porque su familia se quedó en el vecino país después de su deportación, y posteriormente cuando se separó de su esposa.

De acuerdo con los hallazgos en campo en el municipio de Tenancingo, los problemas de salud mental fueron recurrentes en la población migrante entrevistada en todas las fases del proceso migratorio, mostrando que muchos de éstos vienen con afectaciones derivadas de su experiencia migratoria, además de los problemas de salud mental adquiridos durante este proceso de retorno, que en mucho dependen de la forma en la que regresó cada uno de ellos y de la atención o no atención, que puede deberse al poco interés que se le otorga a los problemas de salud mental, o bien, a la ausencia de recursos económicos para acudir con profesionales de la salud que atiendan estos padecimientos.

La Pandemia como Nuevo Detonante en la Salud Mental y Emocional: Miedo, Angustia y Depresión

La pandemia de COVID-19 perturbó la vida de millones de personas en el mundo, teniendo afectaciones físicas y mentales. La movilidad se vio restringida –aunque no para todos, pues los trabajadores agrícolas con visa H-2A, del PTAT y los indocumentados fueron llamados a asegurar la alimentación de la población estadounidense y mexicana que se quedaba en casa– por las limitantes que los países de todo el mundo impusieron, por el distanciamiento social, el trabajar en la casa o la pérdida del empleo, el aislamiento y la incertidumbre de los efectos de la pandemia sobre la salud mental. De acuerdo con un sondeo que se hizo a migrantes de América Central y de México sobre los efectos del COVID-19 en 2020, se identificó que el 59.0% de los entrevistados tuvo afectaciones de salud mental, destacándose el estrés, la tristeza y la ansiedad, las cuales pueden comprometer también la salud física de las personas (OIM, 2020, como se citó en Quintanar Olguín, 2022).

En un estudio realizado por Bojórquez, Odgers-Ortiz y Olivas-Hernández (2021) sobre la salud mental y psicosocial en migrantes que vivían en albergues en Tijuana durante

la pandemia de COVID-19, se pudo evidenciar el miedo y la angustia constante por llegar a contagiarse, así como la inseguridad económica. Experimentaron también malestares emocionales relacionados con el endurecimiento de las políticas migratorias y las complicaciones del confinamiento en espacios no privados. Las autoras mostraron que muchos migrantes se encontraban en los albergues a la espera de su proceso de asilo en Estados Unidos y de poder asistir a las audiencias y primeras entrevistas, cuando se comenzó a presentar el cierre de las fronteras internacionales y las medidas de confinamiento por parte de los directores de los albergues y las autoridades mexicanas, en tanto que el gobierno del vecino país postergó las fechas de las citas; situación que generó en los migrantes incertidumbre y sentimientos de ansiedad, desánimo y desesperanza. Si bien algunos de estos malestares lo vivían antes de la pandemia durante la espera del trámite, la pandemia aumentó estas situaciones de angustia.

Por su parte, la OIM (2022, p. s.n.) expresó que estas medidas de aislamiento prolongado, sumado a las de aislamiento físico de los migrantes, el estar lejos de su familia y de las redes de apoyo puede generar «estrés, agotamiento, desapego emocional, irritabilidad, insomnio, ansiedad, aumento del consumo de sustancias psicoactivas, falta de concentración, indecisión, disminución de la productividad, falta de motivación en el trabajo y/o bajo estado de ánimo». Las alteraciones psicológicas ocasionadas por la pandemia se reflejaron en un exceso de preocupación, ansiedad y cambios en el estado de ánimo, favorecidas por el estrés de la cuarentena, el miedo a contagiarse, aburrimiento y la preocupación por la obtención de los artículos necesarios para vivir (Andreu Cabrera, 2020; Rodríguez-Quiroga et al., 2020).

Frente a estos problemas diversos de salud mental, Phillips (2020) señala que, la pandemia de COVID-19 dejó al descubierto la poca atención en cuanto a servicios de salud mental en los migrantes, sobre todo porque desde hace tiempo la mayoría de los gobiernos no brindan estos servicios adecuadamente a los grupos ya mencionados, situación que es agravada porque en vez de recibir la atención necesaria lo que enfrentan es racismo, hostilidad, pobreza y desempleo. Phillips (2020) sostiene que los efectos emocionales de la pandemia se sentirán después de varios años. Si bien, como lo mencionan Bojórquez, Odgers-Ortiz y Olivas-Hernández (2021), los albergues en Tijuana hacen un aporte a la población en

tránsito con respecto a la atención psicosocial de los migrantes, son una infraestructura insuficiente, que difícilmente puede atender este padecimiento de manera integral.

Por otro lado, López-Jaramillo, Rangel-Gómez y Cruz-Piñeiro (2021) por medio de un estudio exploratorio indagaron el impacto del COVID-19 en inmigrantes mexicanos que vivían en Estados Unidos. Se consideró una muestra de 891 migrantes que han sido atendidos por medio del Programa de Unidades Móviles de Salud y Bienestar de la CSFMEU en las ciudades de Phoenix y Tucson, Arizona. Los resultados reflejaron que la pandemia de COVID-19 afectó la salud mental de los migrantes: 58.0% se sentía aislado durante este periodo, alrededor de una cuarta parte se sentía más cansado, casi una quinta parte más estresado y en menores proporciones están los que se sintieron tristes, ansiosos o preocupados por el futuro.

En un informe preliminar realizado por el Global Migration Center de la Universidad de California, Davis (UC Davis) y el Observatorio de Legislación y Política Migratoria de EL COLEF, en el marco del proyecto «la vulnerabilidad de los migrantes en Tijuana en el contexto de la crisis de salud pública actual»⁴⁰, se da cuenta de la gran cantidad de población migrante que ha sido deportada y repatriada de Estados Unidos, migrantes de diferentes perfiles, muchos de ellos después de vivir varios años en el vecino país han sido separados de sus familias, causándoles procesos de trauma social. Uno de los defensores de los migrantes relató lo siguiente:

La desestabilización emocional de toda persona deportada, acarrea problemas sociales en la ciudad de Tijuana, dado a la falta de atención integral inmediata. Además, con los albergues saturados, tienden a deambular en la ciudad, quedando expuestos a la vida en la calle, que les arrastra al alcoholismo, drogadicción, mal vivencia y que tristemente en muchos de los casos, termina en muerte. (EL COLEF, 2020, p. 14)

Este trauma social acarreado por la pandemia de COVID-19, de acuerdo con los defensores de los derechos humanos de los migrantes, ha generado que esta población albergada presente algunos problemas psicológicos y emocionales y de incertidumbre por los momentos difíciles que se encontraban viviendo, como, por ejemplo, que se sientan en el «limbo, ansiedad por no saber lo que sigue, depresión, desconocimiento de las nuevas

⁴⁰ Se realizaron 24 encuestas, 16 a organizaciones de la sociedad civil y 8 a migrantes de nacionalidad hondureña (refugiados en México y solicitantes de asilo).

disposiciones, temor a perder la cita de audiencia y el consecuente descarte de sus casos» (EL COLEF, 2020, p. 32).

Sin lugar a duda, fueron momentos complicados los registrados por los migrantes al ser deportados de Estados Unidos en tiempos de pandemia, pues se evidenció la falta de protocolos para su atención, o la incapacidad para hacerlos. Se observó una gran vulnerabilidad de ellos al no tener los medios suficientes para cuidarse, el depender en muchos casos de albergues para pasar la noche y que les brindaran alimentos, con los riesgos que esto podría implicar. Fueron momentos difíciles para los migrantes en general, sobre todo aquellos que en territorio mexicano eran indocumentados, que no solo son los extranjeros que estaban en tránsito por México, sino los mexicanos que después de muchos años de vivir en Estados Unidos fueron deportados y no poseían documentos. Toda esta serie de inconvenientes, de incertidumbre, fueron detonantes para que pudieran presentar problemas de salud mental, dado su exposición a un virus que se encontraba en el entorno y con medios insuficientes para cuidarse del mismo.

Los problemas de salud mental son más comunes de lo que podemos imaginar, presentes durante todas las etapas de la vida. Para los migrantes en general y los migrantes de retorno en particular, las situaciones de riesgo a la que están expuestos durante todas las fases del proceso migratorio propician la presencia de dichos padecimientos de salud. Los estudios antes señalados y las experiencias de las personas migrantes entrevistadas en Tenancingo reiteran la presencia y frecuencia de estos padecimientos, cuyos alcances son heterogéneos según las características propias de cada individuo y del entorno que los rodea, reflejado en los modos de vida, en el tipo de vivienda, en las condiciones laborales, en el tipo de alimentación, así como en las redes sociales de apoyo.

Consideraciones Finales

A lo largo del capítulo se han analizado 3 problemas de salud que resultaron del trabajo de campo en el municipio de Tenancingo: las violencias, el COVID-19 y los problemas de salud mental y emocional. Es importante señalar la relevancia que tienen estos padecimientos en la actualidad de acuerdo con el entorno que se está viviendo, en la que prevalecen distintos actores que de una forma u otra afectan estas problemáticas de salud, como pueden ser los factores biológicos, conductuales, psico-sociales, culturales y estructurales.

El comienzo del proceso migratorio de la población migrante entrevistada fue heterogéneo, sin importar la localidad de la que son originarios en Tenancingo. Algunos de estos migrantes ya eran víctimas de algún tipo de violencia, de tipo estructural como también de violencia doméstica, económica, física y mental, siendo uno de los motivos que influyeron en su decisión de emigrar. Estos desplazamientos, hoy en día, ocurren o han dado lugar a la industria de la migración, en la que participa la delincuencia organizada y los narcotraficantes, acentuando las violencias que atraviesan durante su proceso de movilidad y afectando sus PSEAP, como se ha demostrado a partir de la evidencia empírica de este trabajo, que corresponde con los hallazgos de otros estudios, realizados con población de otros entornos en México.

El contexto migratorio en Estados Unidos también es determinante tanto en las violencias como en la salud mental de esta población, pues la vigilancia y control por parte de las autoridades migratorias desencadena estrés e intranquilidad, a pesar de encontrarse en ciudades santuario, como se observó en el caso específico de Azucena. Así entonces, se tiene que el cúmulo de violencias estructurales y de otros tipos no permite el pleno desarrollo de la población migrante, obstaculizando los deseos de mejorar sus condiciones de vida.

Al retorno, la violencia sigue y se acentúa ante la situación que se vive en el contexto mexiquense, y las particularidades de cada caso, donde ha permeado la violencia de género, como un problema estructural que sigue sin ser lo suficientemente atendido.

Por otro lado, la pandemia de COVID-19 generó en los migrantes deportados y/o repatriados, situaciones extremas al no tener muchos las condiciones mínimas para evitar el contagio, lo que sin lugar a duda causó que varios se enfermaran. Algunas de las implicaciones de la pandemia por género fue el aumento de la violencia hacia las mujeres, migrantes y no migrantes, por parte de los hombres, dado que el confinamiento resultó contraproducente para aquellas que tenían un esposo que las golpeaba, repercutiendo en problemas físicos y mentales.

De acuerdo con las narrativas de las personas migrantes entrevistadas, las consecuencias de la pandemia en cada una de sus comunidades destacan la presencia de un número importante de población fallecida, incluyendo miembros de una misma familia. En Tenancingo, los afectados por la pandemia eran llevados al Hospital General, decían:

«llegaban vivos, pero salían muertos». De ahí que la percepción de algunos migrantes sobre la calidad en la prestación de los servicios de salud en el hospital no era la mejor. Hasta el 29 de abril de 2022, el número de defunciones por COVID-19 en Tenancingo fue de 186 personas, de acuerdo con la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de México⁴¹.

En la actualidad, los problemas de salud mental son los padecimientos más frecuentes entre la población migrante, mismos que están presentes en todas las fases migratorias. Se podría señalar que los mismos problemas de violencia han agudizado estos padecimientos, con severas afectaciones a nivel de estrés, depresión, ansiedad y miedo, entre otras más. De igual forma, el COVID-19 pudo incrementar estos problemas emocionales, por el temor al contagio y los altos niveles de depresión y ansiedad que se registraron. Los hallazgos de este trabajo plantean la necesidad de profundizar en un análisis diferenciado por género para identificar las distintas experiencias y condiciones estructurales que viven ambos géneros, además de las vivencias por generación, etnicidad y clase social.

En los 8 casos, fue común la vivencia del estrés en cada una de las fases de la trayectoria migratoria, por el miedo a emigrar, durante el traslado por el temor a ser detenidos, en Estados Unidos por no encontrar trabajo. Se puede decir que no es lo mismo una depresión causada por la violencia física vivida a manos del cónyuge (de Micaela y Mary) y/o por abuso sexual (Azucena), que la depresión presentada por Alberto al no poder caminar a causa de un accidente de trabajo, o el estrés permanente de Erasto por generar dinero suficiente para enviar a sus hijos. Cada una de las vivencias y experiencias son particulares y son vividas de manera heterogénea por cada sujeto. Esto significa que, cada uno crea y recrea sus problemas de salud, por consiguiente, es necesario diferenciar los problemas de salud mental por género y al mismo tiempo explorar los significados que cada actor otorga a sus vivencias de violencia, de enfermarse de COVID-19 y de sus trastornos de salud mental. Los modos de vida y los itinerarios terapéuticos resultan fundamentales para indagar tanto los condicionantes socio-estructurales como los aspectos subjetivos relacionados con dichas experiencias.

El trinomio aquí analizado de salud mental, COVID-19 y violencias no son problemáticas de salud aisladas, por el contrario, la relación entre ellas es incluyente dado

⁴¹ https://salud.edomex.gob.mx/salud/covid19_municipio

que las violencias pueden generar problemas de salud mental, las medidas tomadas frente a la pandemia de COVID-19 generaron en muchos casos problemas de violencia y esta enfermedad a la vez propició problemas de salud mental. Además, el COVID-19 generó problemas emocionales por el miedo al contagio, por las repercusiones y consecuencias físicas y mentales por los contagios, las muertes de familiares y el confinamiento social.

El contexto pandémico y de múltiples violencias cobra relevancia cuando se hace referencia a los problemas de salud mental porque son malestares y desequilibrios que por lo general necesitan de un tratamiento. Por todo ello, se estima importante dar seguimiento a este tipo de problemas, es necesario visibilizar y posicionar la pertinencia de obtener una valoración por parte de los especialistas y de contar con instituciones que brinden este servicio de manera oportuna y adecuada.

Para terminar, es necesario destacar la importancia de las 3 problemáticas analizadas en este capítulo, pues contribuyen al conocimiento de aquellos padecimientos y malestares que se revelaron como pertinentes de seguir investigando sobre la salud de la población migrante de Tenancingo en pleno siglo XXI. Se trata de un conjunto de problemas de salud pública visiblemente interrelacionados y escasamente investigados entre la población de retorno, con las especificidades e impactos que suponen las experiencias vividas en sus procesos migratorios. Considerando que las migraciones siguen y que las posturas antiinmigrantes se avivan ante situaciones particulares, es posible señalar que los retornos y las deportaciones continuarán, por lo que profundizar en el análisis de las problemáticas aquí expuestas es pertinente, con la finalidad de aportar elementos que contribuyan a la agenda de la investigación con sentido social.

Conclusiones Generales



Figura 6

¿Y ahora qué?

Elaborado por Macías Suárez Giovanni, 2023

A lo largo de esta tesis se han analizado los PSEAP de 8 personas migrantes que retornaron, de Estados Unidos a Tenancingo a partir de 2008. Se ha puesto énfasis en sus modos de vida y en la reconstrucción de sus itinerarios terapéuticos. De ahí, que en estas conclusiones se busca destacar los aportes de las perspectivas teórico-metodológicas propuestas: antropología médica, transnacionalismo e interseccionalidad. Además de las contribuciones de la investigación y los principales resultados. Más adelante se proponen algunas líneas de investigación cuyo estudio es necesario profundizar. Se termina con recomendaciones de políticas públicas orientadas a salvaguardar la salud de la población migrante de retorno.

Potencialidades de la Propuesta Teórico-Metodológica para Estudiar los PSEAP

El desarrollo de esta tesis fue un reto académico, pues el doctorado en Ciencias Sociales implicó como investigador salir de la zona de confort del positivismo, de trabajar la metodología cuantitativa, las bases de datos y las estadísticas, para asumir el desafío de adentrarme en perspectivas teórico-metodológicas diferentes, para lograr una aproximación con la fuente primaria de la información, priorizando en la propia voz de las personas, sus sentires, perspectivas y subjetividades.

Por primera vez, como investigador, fue posible percibir el dolor y el sentimiento de las personas entrevistadas, para entonces comprender sus formas de construir y reconstruir sus PSEAP. A través de sus narrativas e historia de vida se distinguieron y reconocieron múltiples experiencias asociadas con su proyecto migratorio y sus problemas de salud/enfermedad. Esta forma de generar y construir conocimiento permitió reposicionar conocimientos propios para comprender la pertinencia de realizar investigación mixta, pues los enfoques cualitativos y cuantitativos permiten construir un diálogo acorde a la compleja realidad de las personas, de sus necesidades, sus vivencias, sus sentimientos y sus significados.

Este reto, considero fue superado, aunque en su desarrollo me encontré con diversos problemas, momentos de incertidumbre, lágrimas, desconsuelo y enfermedad al no entender las temáticas, enfoques teóricos, metodologías y métodos cualitativos, pero con el paso del tiempo fue posible comprender y avanzar en este trabajo de tesis.

En síntesis, como investigadores es necesario señalar que también tenemos nuestras propias formas de construir y hacer investigación, de vivir estos procesos, y de tomar decisiones para aproximarnos a nuestro objeto de estudio. Así, la primera potencialidad de la propuesta teórico-metodológica es el abordaje interdisciplinario para el análisis de los PSEAP de las personas migrantes de retorno desde un método mixto y la indagación etnográfica mediante trabajo de campo.

La segunda potencialidad se relaciona con la antropología médica, y sus vertientes interpretativa y crítica. Leyendo sobre antropología médica se reconoció la utilidad de este enfoque, como la principal aproximación para guiar el trabajo de investigación, pues en éste se reconoce fundamental la perspectiva de los individuos, su propia voz y sentir. De ahí que muchas de las narrativas de las personas migrantes expuestas en estas tesis son más extensas de lo que «normalmente» se estipula, con la finalidad de destacar la riqueza de la experiencia vivida y sentida frente a los procesos de salud/enfermedad que marcaron sus vidas transnacionales. Además, la antropología médica permitió entender los condicionantes estructurales y los aspectos subjetivos y socioculturales de los PSEAP vividos por las personas migrantes.

Con el enfoque interseccional fue posible realizar un análisis diferenciado de la salud/enfermedad por género, generación etaria, ciclo de vida y contexto migratorio. Mientras que la corriente transnacional de la migración permitió comprender las implicaciones del vivir transnacional en la salud de la población migrante. Con las 3 perspectivas fue posible entender los PSEAP, las experiencias, acciones y significados contruidos en torno a la salud en cada una de las fases migratorias de las 8 personas migrantes entrevistadas.

El concepto de modos de vida constituye la tercera potencialidad. Aquí se hizo énfasis en algunos modos de vida que pudieron afectar la cotidianidad y la salud de los migrantes entrevistados. A través de su historicidad se identificaron problemas de alimentación, vivienda, falta de descanso, inadecuadas condiciones laborales, y otros elementos que propician situaciones de riesgo que pueden trascender en la presencia de padecimientos, malestares, trastornos y enfermedades.

El modo de vida es una noción multidimensional, dinámico en el tiempo y relacionado con las vivencias individuales, familiares y comunitarias. Como sostiene Gonçalves (2004, como se citó en Bastos Braga, Carvalho Fiúza y Almeida Remoaldo, 2017), los modos de vida abarcan los condicionantes estructurales de vida de la sociedad, así como los estilos de vida que tienen que ver más con las particularidades de las personas. Sin embargo, otros modos de vida no fueron explorados, por ejemplo, la escolaridad, la sexualidad, la ideología, los valores, la jerarquía y el carácter de los individuos. En este trabajo de tesis se tomaron en cuenta los que podrían haber tenido mayor incidencia en los problemas de salud y enfermedad de la población migrante.

La herramienta conceptual de itinerarios terapéuticos es la cuarta potencialidad para reconstruir los PSEAP. La antropología médica con su visión holística y relacional permitió identificar los orígenes de los problemas de salud, englobando los aspectos estructurales y socioculturales, así como la medicina biomédica. Independientemente de los modelos de atención, la antropología médica contempla las características particulares de los individuos. Cada uno de estos modelos fue importante en el tratamiento de las enfermedades, padecimientos y malestares.

De igual manera, con la antropología médica interpretativa y la antropología médica crítica, se buscó la complementariedad de enfoques. Con la antropología médica interpretativa fue posible entender a través de las narrativas, discursos y vivencias de la población migrante sus formas de reinterpretar sus padecimientos, malestares, desequilibrios y enfermedades, así como de promover acciones de solución. Por otra parte, la antropología médica crítica permitió poner énfasis en ciertos actores y en diferentes niveles relacionados con los PSEAP, además de observar los puntos de tensión, conflicto y de relaciones de poder al conservar o recuperar el estado de salud.

La quinta potencialidad es la incorporación de la mirada interseccional, específicamente de la perspectiva de género. El enfoque de la interseccionalidad y la corriente transnacional de la migración fueron enfoques complementarios a la antropología médica, para examinar las experiencias vividas, las acciones emprendidas, las relaciones de desigualdad de género y de poder entre distintos actores, y los significados que las personas

migrantes otorgan a su salud/enfermedad y que son vividos en el aquí y el allá de su vivir transnacional.

El enfoque de la interseccionalidad considera distintas variables de división y desigualdad social que en la antropología médica son fundamentales para identificar cuáles de éstas pueden afectar, o no, los problemas de salud/enfermedad. Aquí se ha puesto énfasis en la desigualdad de género. Como ha sido ampliamente documentado, las mujeres migrantes, son más vulnerables tanto en el lugar de origen como cuando se dirigen hacia Estados Unidos, por las diferentes violencias que pueden vivir. O lo que ocurre también con el contexto de la localidad de recepción, pues no es lo mismo emigrar hacia ciudades santuario como Chicago, Illinois, que llegar a Phoenix, Arizona, en donde los migrantes tienen mayores probabilidades de ser capturados y deportados.

La sexta potencialidad se refiere al análisis centrado en los ciclos de vida y los PSEAP. Como se pudo mostrar en los capítulos III y IV, dependiendo del ciclo de vida, las vivencias y experiencias son particulares, en tanto se aprecian diferencias entre los migrantes que se dirigen a Estados Unidos siendo solteros, sin la responsabilidad de ser padres, madres, esposos o esposas, que aquellos que emigraron siendo casados en la búsqueda de una mejor vida para su núcleo familiar. O lo que concierne a la generación etaria, pues los problemas de salud/enfermedad de los migrantes jóvenes difieren de la situación de quienes tienen un amplio recorrido laboral y de experiencia migratoria, pues en éstos últimos la carga de la enfermedad puede estar más acentuada.

El enfoque transnacional constituye la séptima potencialidad de la propuesta de esta tesis. La corriente transnacional de la migración tampoco es ajena a la antropología médica, pues las relaciones que se dan de todo tipo entre el aquí y el allá, entre México y Estados Unidos son significativas, pues, por ejemplo, contar con redes sociales transnacionales, en algunos casos, representa una ventaja para que la población migrante pueda trasladarse, llegar y permanecer en el país de recepción, evitándose algunas situaciones de riesgo que puedan afectar su salud. En este sentido, tanto la perspectiva de la interseccionalidad como la corriente transnacional de la migración se complementan con la antropología médica, para interpretar y explicar los PSEAP del grupo de estudio.

La octava potencialidad se relaciona con la metodología cualitativa y la etnografía. La metodología cualitativa permite considerar el punto de vista del actor, ir más allá de un enfoque biológico e individualista buscando, frente a los diferentes padecimientos, múltiples causalidades en la población migratoria entrevistada.

En síntesis, se destacan las bondades de la antropología médica para analizar los PSEAP de una población determinada, analizando su historia de vida para entender los contextos en los que se presentan los problemas de salud/enfermedad. Contexto que va más allá de un espacio físico, para adentrarse al nivel multidimensional que supone la vida transnacional de los migrantes, y multi espacial ante los diferentes momentos y lugares en los que ocurre su trayectoria migratoria. Es decir, los PSEAP de la población migrante están supeditados al contexto particular y único de los individuos, los cuales moldean y dan las pautas para darle un significado propio a sus vidas, a sus problemas de salud, así como a las estrategias y prácticas a seguir para dar solución a éstos, de acuerdo con lo que ha sido su historia de vida.

Hay que destacar también la importancia de la etnografía, la observación directa y las entrevistas en profundidad que fueron centrales para recopilar información desde el punto de vista del actor, desde su propia voz. Por otro lado, el método biográfico fue el que se intentó profundizar para destacar los relatos biográficos, ahondando en ciertos aspectos de la historia de vida que se relacionan específicamente con los PSEAP.

Aportes de la Investigación y Principales Resultados

Entre las contribuciones de esta investigación se encuentra el destacar la importancia que tiene la salud en la población migrante desde los condicionantes estructurales y los aspectos subjetivos y socioculturales recuperados a partir de la propia voz del actor. Si bien existe literatura escrita sobre el tema, aún es insuficiente, especialmente ante las diversas aristas que tienen los problemas de salud/enfermedad, como, por ejemplo, el surgimiento de nuevas enfermedades como lo fue el COVID-19, por tratarse de una problemática que puso al descubierto la fragilidad de los seres humanos, además de la debilidad y desconocimiento del sistema de salud frente a esta crisis de salud pública.

El aporte y los resultados del estudio de caso fueron múltiples. En el municipio de Tenancingo, lugar en el que se realizó el trabajo de campo, los resultados del Censo de Población y Vivienda de 2020 advierten que cada vez es menor el número de migrantes que han regresado en los últimos 10 años, y de los que regresan es mayor la proporción de hombres. Esto, sin embargo, no significa que el tema del retorno deba de ser ignorado, particularmente considerando que existen localidades con alta intensidad migratoria, como es el caso de Tepetzingo, al que pertenecen 4 de los 8 migrantes entrevistados.

Otra contribución fue la centralidad en el análisis de los modos de vida transnacionales. Con respecto a los modos de vida específicos vividos por los tenancinguenses entrevistados, y su impacto en los problemas de salud/enfermedad, resalta lo relacionado con las condiciones de la vivienda en el lugar de origen antes de emigrar. En algunos casos se registraron condiciones precarias, con piso de tierra, sin agua potable y sanitario, expuestos a condiciones insalubres que pueden ser fuente de ciertos problemas de salud. En Estados Unidos, si bien la mayoría de los entrevistados vivía en lugares adecuados, hubo momentos en los que vivieron en hacinamiento, durmiendo en el suelo sobre colchonetas, afectando su calidad del sueño y posibilidad de descansar.

En cuanto al tipo de alimentación se registraron similitudes entre los entrevistados. En el lugar de origen, aunque algunos manifestaron que la carne, por ejemplo, la consumían una vez a la semana, era frecuente el consumo de verduras, muchas de ellas sembradas por los padres que tenían parcelas de cultivo. Todos expresaron que cuando emigraron hacia Estados Unidos, podían comprar los alimentos que querían. En este caso, las mujeres, comían más sano porque trataban de cocinar lo que hacían en México, en cambio algunos hombres consumían mayormente comida rápida. Al retorno, la alimentación cambió, con un consumo más moderado al que se tenía en Estados Unidos. En algunos casos se identificó que la ingesta de comida chatarra, el excesivo consumo de bebidas azucaradas, el bajo consumo de agua pudo originar problemas de salud, como hipertensión, diabetes, problemas del hígado y enfermedades cardiovasculares.

Por otro lado, las condiciones de trabajo, principalmente en Estados Unidos fueron diversas. Las mujeres migrantes tenancinguenses se ocuparon en labores que son asignadas socialmente más a las mujeres como cuidar niños, limpieza de oficinas y departamentos y

trabajar en restaurantes. Por su parte, los hombres migrantes de Tenancingo se emplearon principalmente en trabajos de la construcción, campo y jardinería. Trabajos que en la mayoría de los casos no contaban con prestaciones sociales, además de que podían ser peligrosos y desempeñaban sus labores sin esquemas de protección.

Un tercer aporte es el énfasis en la perspectiva transnacional para destacar la utilidad de las redes transnacionales de familiares y amigos. Dichas redes como lo expresa Massey et al. (1998), facilitaron el traslado de la población, buscando que éste fuese más seguro y con mayor certidumbre. A través de las redes familiares y de amistad las y los migrantes obtuvieron dinero prestado para pagar el costo del viaje y del coyote. En Estados Unidos facilitaron el establecimiento y el acceso a un empleo. Si bien no se ha documentado acerca de los circuitos migratorios de Tenancingo, los testimonios dan cuenta de una importante presencia de tenancinguenses en Delaware, lugar al que llegaron 2 de los migrantes entrevistados.

Las remesas fueron fundamentales para mantener la comunicación familiar y comunitaria entre ambos países. Muchas de estas remesas las enviaban para ayudar a los familiares, pero en otras ocasiones como ahorro para el retorno. En cuanto a la experiencia migratoria y de salud, se distinguen múltiples particularidades para cada migrante, con diversas vivencias y malestares de salud. De acuerdo con el momento del proceso migratorio, fue posible identificar determinados efectos físicos y psicológicos. En términos generales, los modos de vida retomados para analizar los PSEAP de la población estudiada, dan cuenta de sus posibles impactos y consecuencias en la salud de la población entrevistada.

Otra contribución fue el análisis de salud y migración en todas las fases migratorias. Durante cada una de las fases migratorias fueron diversos los padecimientos que vivieron las personas migrantes. En el origen predominan las afectaciones que pueden deberse al clima y el tipo de alimentación, como son los dolores de estómago, fiebre, gripas, y de manera particular la violencia física del cónyuge a su esposa. La violencia masculina contra las mujeres fue una constante en las experiencias femeninas antes de emigrar. Durante el traslado hacia Estados Unidos fue común la deshidratación, incidentes que implicaban curaciones, cansancio, estrés y miedo. También destaca el problema de abuso sexual de las mujeres migrantes en la frontera.

En Estados Unidos resalta el estrés permanente ante el temor a ser deportados, violencia física del cónyuge hacia la esposa, y psicológica, accidentes de trabajo, problemas de salud mental, derrame cerebral, alta presión, niveles elevados de colesterol, cáncer. Al retorno, la continuidad de algunos problemas de salud mental, originados en algunos casos por la deportación, COVID-19, estrés, entre otros más.

La quinta contribución consiste en el hallazgo de estados de salud mediados e influenciados por las múltiples violencias, los efectos de la pandemia por COVID-19, y la salud emocional y mental de hombres y mujeres migrantes de Tenancingo. Los problemas de salud mental se presentaron en todo los migrantes entrevistados, en cualquiera de las fases migratorias. Además del incremento de las violencias a partir de 2008, justo el periodo de retorno de esta población. También las repercusiones del COVID-19, sobre todo entre 2020 y 2021, con afectaciones emocionales y trastornos mentales. Sin embargo, estos problemas de salud mental son más complejos, pues están marcados, en muchos casos, por la violencia estructural, que se ejerce sobre las personas más necesitadas, traducándose en pobreza, falta de oportunidades y desigualdades, como puede ocurrir con la población migrante (Castro y Farmer, 2003).

La violencia doméstica, física, económica, sexual y simbólica, es una marca que llevan muchas mujeres migrantes en sus vidas, generando serios problemas de salud mental que se traducen en afectaciones como estrés, depresión, ansiedad y miedo. Esta situación que fue vivida por 3 de 4 de las mujeres entrevistadas, se asemeja a lo que Santillanes Allande (2017) encuentra entre las mujeres que entrevistó, con problemas de salud mental asociados a la violencia a la que estuvieron expuestas por sus respectivas parejas y familiares.

Otro aporte fue el uso del concepto de ciclos de vida. Las formas de atención de la salud o prevención de padecimientos por parte de las personas migrantes se pueden dividir en 2 partes, 1) cuando dependían de sus padres porque eran pequeños y jóvenes, y 2) cuando ya asumían personalmente y también colectivamente la responsabilidad de su propia atención y cuidados. Durante su infancia los problemas de salud eran atendidos por medio de la medicina natural, y muy pocas veces los llevaban con médicos alópatas, principalmente por la falta de recursos económicos. Como personas adultas, la atención de los diferentes padecimientos vividos durante las fases migratorias en mucho dependió de las circunstancias

particulares de cada uno de ellos y del contexto. No obstante, cuando los padecimientos reflejaban gravedad en el diagnóstico, la forma de atención era por medio del MMH. Como se ha mostrado, los itinerarios terapéuticos son cambiantes como lo son también los ciclos de vida de las y los migrantes de retorno.

Algunos otros padecimientos como los relacionados con el COVID-19, por la severidad del virus también requirió la atención de la medicina biomédica, aunque la medicina tradicional sirvió como complemento para ayudar a descongestionar las vías respiratorias.

Por otro lado, fue común la autoatención y automedicación, sobre todo de medicamentos biomédicos, cuando los problemas de salud eran más dolorosos, inclusive se recurría a los antibióticos con inyecciones. En este sentido, los modelos de atención adoptados por parte de la población migrante entrevistada, mismos que son referidos por Menéndez (1983), en mucho dependieron de su eficacia, de las creencias y tradiciones que desde niños vivieron. Las personas migrantes construyen y reconstruyen sus estrategias de atención de acuerdo con lo que creen y consideran efectivo, de lo contrario, buscaban otras alternativas, aunque también entran en juego otros aspectos como la gravedad de sus problemas de salud, sus posibilidades económicas, los saberes, las experiencias, las vivencias socioculturales y los aprendizajes adquiridos durante su trayectoria migratoria y su vida transnacional. Así mismo, también fue común la combinación de varios modelos de atención, registrándose en algunos casos una complementariedad que tuvo buenos resultados.

Se considera importante retomar el tema de los servicios médicos de la población migrante mexicana en Estados Unidos, pues un amplio número de trabajos académicos, reportes de investigación e informes de ONG y otros organismos hacen referencia al limitado o nulo acceso a los servicios de salud en dicho país. No obstante, 3 de las 4 mujeres entrevistadas con hijos nacidos en Estados Unidos o que emigraron con niños pequeños, tuvieron la oportunidad de acudir de manera gratuita a los controles prenatales en Chicago, Phoenix y Carolina del Norte, además de que contaron con atención del parto y seguimiento del bebé, así como servicios especializados de psicología y alimentación durante la infancia y edad escolar de sus hijos nacidos en Estados Unidos, y de los nacidos en México.

Otra situación de acceso a la salud se dio con otro de los colaboradores, cuando presentó en Estados Unidos un derrame cerebral, el Estado le brindó la ayuda necesaria para tratar este padecimiento por el transcurso de un año, pues él no contaba con seguro médico. Además, destacan otros tipos de apoyos para el cuidado de la salud, como también en este caso, provino de la iglesia y el Club de Leones con la participación de estudiantes de medicina de la UCLA. Un escenario similar vivió otro migrante entrevistado, que en su trabajo tenía un seguro médico básico brindado por la empresa para atender problemas de salud que no requirieran hospitalización. Sin embargo, frente a un grave accidente que presentó mientras trabajaba, la empresa solventó su tratamiento hasta que recibió la indemnización y regresó a México.

No obstante, es evidente la falta de acceso a los servicios de salud en Estados Unidos por diferentes causas: porque las leyes excluyen a los migrantes indocumentados, por la discriminación, por la dificultad de comunicación haciendo referencia al idioma, por el temor a ser deportados, entre otras más. A pesar de lo anterior, y como lo experimentaron varias de las mujeres entrevistadas, existen situaciones en las que se otorga una atención básica de la salud, acorde a ciertos momentos particulares, a su ciclo de vida, así como al contexto. La conjugación de estos elementos conlleva entonces a que puedan acudir a otro tipo de atención diferente al MMH, como la autoatención, la automedicación y la medicina tradicional, o la no atención en el peor de los casos.

En estas circunstancias, es de destacar la capacidad de la población entrevistada para asumir los problemas de salud/enfermedad y buscar las estrategias y formas necesarias para atender sus padecimientos. Las experiencias y los PSEAP dependen en gran medida del conjunto de actividades de tipo económico-social que están presentes en la vida de los sujetos, de las condicionantes estructurales y socioculturales, tanto a nivel individual como colectivo a través de su historia de vida.

Como parte de estas condicionantes estructurales, en la cabecera municipal de Tenancingo si bien existe una oferta de instituciones de salud de diferente índole, es evidente, la falta de infraestructura en algunos centros de salud de ciertas localidades. Por lo que se observa un innegable abandono por parte de las autoridades municipales y sanitarias del municipio acerca del derecho a la salud. De ahí que algunas personas opten por otro tipo de

medicina diferente a la alópata, como es la medicina natural, homeópata, boticas, de la santa muerte, entre otras más, con la finalidad de satisfacer sus necesidades de salud.

El vínculo antropología médica crítica, modos de vida e itinerarios terapéuticos constituye el aporte más importante de esta tesis. Tomando en cuenta los resultados de la investigación, se puede decir que los migrantes entrevistados construyen su propia salud/enfermedad de acuerdo con el contexto en el que se desenvuelven, pero también construyen y reconstruyen estos PSEAP tomando en cuenta los modos de vida particulares de cada uno de ellos, así como la interacción con otro tipo de actores que, por medio del enfoque relacional, incluido en la antropología médica crítica, es posible identificar.

En este sentido, los modos de vida son el pilar fundamental para conocer las diferentes características que crean y recrean la vida de la población migrante, y con base en ello identificar aquellos aspectos que pueden favorecer o perjudicar los procesos de salud/enfermedad, todo ello analizado a través de los itinerarios terapéuticos.

Así pues, con base en los resultados obtenidos y retomando los objetivos planteados al comienzo de este trabajo de investigación, que engloban las diferentes dimensiones del objetivo general, en el que se plantea el análisis de los problemas de salud/enfermedad y las estrategias de atención y cuidado que la población tenancinguense de retorno crea y recrea según determinados modos de vida registrados durante su trayectoria migratoria, se dará una respuesta a cada uno de ellos y la pregunta correspondiente. En este sentido, el primer objetivo se refiere a identificar los modos de vida específicos experimentados por la población migrante entrevistada a través de su trayectoria migratoria y su relación con los PSEAP, mismo que parte de la pregunta ¿cuáles fueron las implicaciones en la salud/enfermedad que la migración a Estados Unidos pudo generar a partir de los diferentes modos de vida y de trabajo en ambos países?

Como se expuso a través de la investigación, se hizo referencia a aquellos modos de vida que pudieron en mayor medida influir en los procesos de salud/enfermedad de la población migrante: destacando las condiciones de trabajo y vivienda, los hábitos alimenticios, la vida cotidiana en Estados Unidos, el descanso, recreación y tiempo libre, así como la trayectoria migratoria, y las prácticas, relaciones y redes transnacionales. Estos modos de vida permitieron entender como la trayectoria migratoria de los entrevistados

estuvo condicionada por una serie de situaciones que pudieron generar riesgo para la consecución de problemas de salud, o, por el contrario, ayudaron a mitigar, prevenir o disminuir los diferentes padecimientos.

Por medio de la evidencia empírica se logró entrever como una alimentación deficiente pudo ser la causante de problemas de anemia en la niñez en algunos migrantes, de cómo la ingesta de comida chatarra y el alto consumo de bebidas azucaradas en el lugar de recepción generaron algunos problemas de salud en la población entrevistada. Sumado a las deficientes condiciones de trabajo, el realizar actividades peligrosas, las extensas jornadas de trabajo, el no portar los implementos necesarios para evitar accidentes, el poco tiempo de descanso y la falta de actividad física, el no tener un descanso reparador, el hacinamiento, los cuales generaron también problemas de salud en algunos migrantes.

Por otro lado, las redes sociales y de amistad fueron fundamentales para la mayoría de los entrevistados por la ayuda económica que recibieron durante el traslado y permanencia, así como facilitar el establecimiento y acceso a empleo, evitando posibles problemas de salud mental y físicos. De igual manera, los migrantes son víctimas de una violencia estructural, encontrándose en situaciones de indefensión, injusticias y violencia simbólica, generando en muchos de ellos problemas emocionales y de salud mental.

Resalta también la vulnerabilidad que vivieron las mujeres con respecto a la violencia que fue ejercida sobre ellas en algunas de las fases migratorias, la cual las afectó de manera importante en sus problemas de salud/enfermedad. En síntesis, los modos de vida analizados en la población de estudio, su entorno y cotidianidad –siendo muy particulares para cada uno de ellos–, fueron fundamentales para entender y explicar todas aquellas situaciones de riesgo que afectaron sus problemas de salud.

En lo que concierne al segundo objetivo relacionado con el análisis de las enfermedades y padecimientos que vivieron los migrantes durante cada una de las fases migratorias, el cual se desprende de la pregunta ¿qué cambios y continuidades se produjeron con respecto a los PSEAP de las personas migrantes durante las diferentes fases del proceso migratorio?, es importante señalar la diversidad de padecimientos y malestares que experimentó la población entrevistada a través de sus trayectorias migratorias, los cuales dependieron en gran medida de las características particulares de vida de cada uno de ellos.

Destacaron principalmente los problemas emocionales y de salud mental, los cuales han sido constantes durante todo el proceso migratorio y que cada vez son más recurrentes por la violencia estructural vivida en México, así como en Estados Unidos y que va en contra principalmente de los migrantes indocumentados.

Por otro lado, sigue vigente y hasta en mayor medida la violencia de género hacia las mujeres por el mayor número de actores que se han sumado dentro del proceso migratorio, no obstante, como se señaló líneas atrás, la violencia doméstica, ejercida por los cónyuges y familiares es la que en mayor medida prevalece, traducándose en fuertes problemas emocionales y de salud mental, así como de carácter físico, y en el que de acuerdo con la evidencia empírica, poco se han atendido este tipo de malestares, lo que sin lugar a duda propicia de que las consecuencias a la salud sean mayores.

De igual forma, la peligrosidad de los trabajos en los que se insertan los migrantes mexicanos en Estados Unidos no ha cambiado a través de los años, pues siguen generando problemas de salud en ellos, lo cual repercute en mayor medida cuando no son atendidos adecuadamente, teniendo como consecuencia problemas de salud/enfermedad más severos. Igualmente, el COVID-19 produjo cambios en la dinámica migratoria por el gran impacto que tuvo su contagio, así como en las implicaciones que ocasionó, como una mayor violencia hacia las mujeres, pero también por los problemas de salud mental que acarreó, por el confinamiento y el temor a ser contagiados, sumado a las deficiencias del sistema de salud, el cual no se encontraba preparado para este tipo de eventualidades, y de lo cual fueron testigos algunas de las mujeres entrevistadas.

En suma, en cada una de las fases migratorias se originaron problemas de salud muy específicos, cuyos PSEAP variaron de acuerdo con el ciclo de vida en el que se encontraban los migrantes, resaltando aquellos malestares que se derivan de los problemas emocionales y de salud mental, los cuales siempre han estado presentes, pero que frente una mayor violencia estructural, salen a relucir con mayor desventaja en la población migrante.

El siguiente objetivo se relaciona con la descripción y análisis a partir de las narrativas de los migrantes, de las condiciones económicas y de salud experimentadas durante las diferentes fases migratorias, el cual hace parte de la pregunta ¿en qué medida cambiaron las

condiciones económicas y de salud de los y las tenancinguenses antes de emigrar y después de retornar a sus lugares de origen?

Es importante recordar que no todos los migrantes entrevistados se dirigieron a Estados Unidos por cuestiones laborales, algunos fueron por aventura, por amistad y por problemas de violencia. No obstante, estando en dicho país, la única forma de sobrevivir fue trabajando, porque ni siquiera la propia familia tenía algún tipo de consideración al respecto, por lo cual era prácticamente una obligación la obtención de un empleo.

De acuerdo con la evidencia empírica obtenida por medio del trabajo de campo, las condiciones económicas de la población entrevistada mejoraron en la mayoría de los casos a su retorno. Algunos pudieron construir su casa, otros ahorraron el dinero necesario para construir su vivienda una vez regresaron, de igual forma, hubo quien adquirió terrenos y hasta automóvil. Así mismo, absolutamente todos mejoraron el tipo de alimentación que tenían con respecto a lo que vivieron antes de emigrar, lo cual fue un logro importante. No obstante, también se presentaron casos en que las condiciones económicas no mejoraron, o tal vez pudieron ser peores que cuando se fueron hacia Estados Unidos. Uno de ellos debido a la deportación, lo cual truncó los planes a futuro, mientras que, en el otro caso, el habérsela llevado desde niña, y hacer prácticamente su vida en el país del Norte, para luego regresar de manera inesperada al lugar de origen, fue una situación que no permitió económicamente tener una estabilidad a su regreso, sobrellevando varias necesidades y con la responsabilidad de velar por el bienestar de sus hijos.

Por otro lado, en cuando a los problemas de salud/enfermedad se refiere, fue una consecuencia de los diferentes modos de vida adoptados o que les ha tocado vivir a la población migrante en sus historias de vida y que en la mayoría de los casos tuvo repercusiones a su retorno. Como se hizo explícito en los itinerarios terapéuticos de la población entrevistada, hubo quienes llegaron con graves problemas de salud, o que fueron surgiendo posteriormente por los mismos modos de vida que rodearon su cotidianidad. Los malos hábitos alimenticios, la falta de descanso, el tipo de trabajo tan extenuante pudieron ser el origen para que uno de los migrantes padeciera un derrame cerebral en Estados Unidos y que continúa tratándose en México, o las molestias en el hígado de otro migrantes por la mala alimentación. O los problemas emocionales y de salud mental de otro migrante por la

forma en la que fue deportado de Estados Unidos, así como los malestares estomacales como consecuencia de no haber tenido una buena alimentación en el país del Norte. De igual forma, la violencia extrema sufrida por una de las entrevistadas en Estados Unidos ha repercutido en su regreso en problemas emocionales, aunado a problemas físicos como la diabetes. En este sentido, han sido variadas las repercusiones y consecuencias en la salud de los migrantes entrevistados a su retorno a sus lugares de origen, algunos con consecuencias más severas que otros, pero que de una manera u otra han afectado sus procesos de salud/enfermedad.

En lo que respecta al cuarto objetivo, que busca identificar cuáles fueron las estrategias de atención, prevención y cuidado de la salud, así como la articulación de diferentes saberes y modelos de atención promovidos por la población migrante retornada y deportada, y que hace parte de la pregunta ¿cuáles han sido las posibles soluciones frente a los problemas de salud física y mental entre migrantes de retorno a causa de la crisis económica y la crisis de salud pública en el siglo XXI?; es importante señalar que las estrategias de atención en mucho han dependido de los ciclos de vida de la población entrevistada, pues de acuerdo con el testimonio de los propios migrantes, en gran parte de ellos la medicina natural prevalecía cuando eran niños para solucionar sus problemas de salud, especialmente por la ausencia de recursos económicos.

Dentro de los modelos de atención más recurrentes por la población entrevistada frente a sus diferentes padecimientos y malestares resalta el MMH, el cual fue utilizado en cualquiera de las fases migratorias. Fue el modelo de atención al que en mayor medida recurrieron cuando el problema de salud era considerable y de gravedad, en donde existía la necesidad de una atención y reacción inmediata. De igual manera, la medicina tradicional también fue una estrategia repetida para la atención de los problemas de salud, como se pudo observar en los itinerarios terapéuticos de la población entrevistada, sobre todo cuando el MMH no resultaba efectivo ante determinados padecimientos, y también cuando en algunos casos los recursos económicos no permitían este tipo de atención.

De manera particular, algunos de los migrantes recurrían a otro tipo de saberes para complementar sus procesos de atención, como era la medicina herbolaria y homeópata, así como la medicina tradicional china, las creencias religiosas y una serie de actividades que les servían para distraerse y mitigar el cansancio y el estrés como ir a jugar fútbol y tomar bebidas

alcohólicas. Por otro lado, la autoatención también fue un mecanismo que frecuentaron algunos de los entrevistados para solventar sus problemas de salud, sobre todo cuando no contaban con servicio médico en Estados Unidos, así como la automedicación, basados en la experiencia en cuanto a los medicamentos que en determinado momento les habían recetado los propios médicos. Así mismo, en algunos casos se pudo determinar la no atención, lo cual repercutió posteriormente en problemas de salud más importantes.

En términos generales, las estrategias de atención por parte de la población entrevistada se caracterizaron por la multiplicidad de modelos y estrategias de atención para dar solución a sus problemas de salud, muchos de ellos basados en sus creencias y saberes, así como el riesgo de los padecimientos, los recursos disponibles y la eficacia de los mismos.

El último objetivo específico se refiere a la exploración de los PSEAP en relación con los condicionantes estructurales, los modos de vida, las características sociodemográficas y socioculturales de la población migrante retornada, el cual se desprende de la pregunta ¿hasta qué punto los padecimientos y enfermedades pueden ser explicados por los modos de vida elegidos o no por la población migrante?

A lo largo de esta investigación se describieron las características particulares de cada uno de los migrantes, sus diferentes modos de vida y los itinerarios terapéuticos en cada una de las fases migratorias, por medio de los cuales fue posible analizar, intuir y relacionar los entornos en el que se desarrollaron sus padecimientos y enfermedades.

En este sentido, y de acuerdo con la evidencia empírica obtenida, los modos de vida creados y recreados influyeron de manera considerable en la obtención de los problemas de salud de la población entrevistada, pero también promovieron situaciones que facilitaron el tratamiento de estos padecimientos y previnieron la presencia de otros malestares. De igual forma, aunado a estos modos de vida, existen otros actores a nivel macro como las condicionantes estructurales que impactan de manera directa en el diario vivir de las personas, tanto en el lugar de origen como de recepción, lo cual en la mayoría de los casos va en detrimento de sus intereses, ocasionando problemas, sobre todo de índole emocional y de salud mental que no les permite tratar de llevar una vida plena. Así pues, los problemas de salud/enfermedad en la población entrevistada son explicados y vienen precedidos de su entorno, de cómo viven su cotidianidad, son situaciones que ellos construyen y reconstruyen

a través de sus modos de vida, de sus actos, de su comportamiento y de sus estilos de vida, pero que también pueden estar a favor de prevenir y mejorar en estado de salud.

Por otro lado, vale la pena recordar la primera hipótesis enunciada en la introducción, la cual se refiere a que los PSEAP se construyen según las condicionantes estructurales de las instituciones de salud y de los modos de vida particulares de cada sujeto migrante, por lo que las estrategias de atención, prevención y cuidado además de ser diferenciadas están en una constante reconstrucción según la percepción, las prácticas, las relaciones y los significados que ellos han tenido sobre la gravedad de sus problemas de salud, la eficacia real y simbólica de los diferentes modelos de atención a los que han acudido, sus posibilidades y/o solvencia económica, además de los saberes, tradiciones, creencias, vivencias socioculturales y aprendizajes adquiridos durante su trayectoria migratoria.

Con la evidencia empírica obtenida se está en la posibilidad de confirmar esta hipótesis. En primera instancia, los problemas de salud/enfermedad creados y recreados por cada individuo son muy particulares, así como lo son sus modos de vida, el entorno y la forma de enfrentar las adversidades de acuerdo con su postura única y desarrollada a través de sus vivencias y experiencia. De igual forma, el contorno de vida de las personas migrantes es cambiante, por lo cual los modos de vida asumidos también lo son, evidenciándose un reacomodo en la forma de actuar y de proceder de los individuos de acuerdo con las características particulares de vida presentadas en determinado momento, lo que se refleja en las estrategias de atención frente a los problemas de salud.

Las experiencias en cuando a los PSEAP vividos por la población migrante entrevistada reflejaron un sin número de estrategias de atención de sus padecimientos y malestares, mismos que dependieron de las circunstancias particulares de vida de cada uno, en el que prevalecieron la capacidad económica, las creencias y la eficacia de determinado modelo de atención. Igualmente, la experiencia y recorrido migratorio fue fundamental para saber actuar frente a ciertas adversidades, aminorando en algunos casos determinados problemas de salud. Dado lo anterior, los PSEAP están mediados y se registran de acuerdo con las particularidades de cada individuo y de su entorno en cierto momento dado.

La segunda hipótesis planteada se refiere a que estructuralmente la atención de la salud desde el MMH es deficiente e insuficiente tanto en el lugar de origen como en el sitio

de recepción para la población migrante, de ahí que los PSEAP pueden estar influenciados por género, los ciclos de vida, la generación etaria y el contexto migratorio; pues dependiendo de éstas se puede o no tener acceso a los servicios de salud para atender determinados padecimientos o enfermedades, así como situaciones que no necesariamente impliquen malestares, sino prevención y cuidados, y en el que frente a la falta de atención de esta índole se promueven otras alternativas de atención como el modelo médico alternativo o subordinado y la autoatención.

Esta hipótesis esbozada se confirma de manera parcial. La atención por medio del MMH tiene y ha tenido sus deficiencias en cuanto a infraestructura y personal médico en los lugares de origen de varios de los integrantes de la población migrante entrevistada, ocasionando que se trasladen a otros lugares y a la cabecera municipal para recibir la atención de salud pertinente. Esto puede influir precisamente en que la población no se atienda sus malestares porque no cuentan con los recursos necesarios para acudir con los médicos alópatas, por el transporte y la compra de medicamentos, originando también que recurran a la medicina alternativa o autoatención.

En Estados Unidos, y como se ha puntualizado en numerosos trabajos académicos, existe un limitado acceso a los servicios de salud por parte de la población migrante indocumentada, situación que se agudiza aún más en aquellos estados en donde se presenta una mayor persecución a los migrantes, hostilidad, discriminación y xenofobia. La evidencia empírica obtenida da a conocer como las mujeres entrevistadas que se fueron con hijos o los tuvieron en dicho país, presentaron ciertos beneficios en cuanto a la atención médica de ellas y de sus hijos, sumado a programas por medio de los cuales les brindaban despensas, así como servicios de psicología. En este sentido, si bien el acceso a los servicios de salud es complicado en Estados Unidos, hubo también otros migrantes que por sus problemas de salud severos pudieron atenderse por medio del MMH.

No obstante, si es importante señalar que, de acuerdo con los itinerarios terapéuticos de la población migrante entrevista, solo en la niñez fue común que sus padecimientos y malestares fueran tratados con otro tipo de medicina diferente a la biomédica, por la falta de recursos económicos para solventar la consulta y los medicamentos. Pero en los demás ciclos de vida esta perspectiva cambió, dado que ya acostumbraban la medicina alternativa no por

el hecho de no tener los recursos para dirigirse al médico, sino por eficacia que esta tuvo en el tratamiento de varios de sus padecimientos. Era porque la población entrevistada sentía mejoras en su estado de salud que no pudieron experimentar cuando se trataron con la medicina alópata. De igual forma, hubo quiénes combinaron estos modelos de atención para que hubiera mejores resultados y poder de esta forma superar los diferentes problemas de salud, como sucedió en gran medida con las migrantes que padecieron COVID-19.

Por último, los resultados de esta investigación estuvieron muy acordes con los obtenidos en los trabajos realizados por Goldberg (2003, 2010, 2013), Santillanes Allande (2017, 2021), Macías Juárez (2012) y Holmes (2006), en los que se evidencia los problemas de discriminación que pueden experimentar los migrantes, de cómo la violencia estructural vivida en cada una de las fases migratorias deteriora de manera considerable la salud de los mismos, emocional y físicamente. Como se reflejó también en la tesis doctoral de Santillanes Allande (2017), los problemas de violencia de género están más acentuados en las mujeres, en la que tanto los cónyuges como la familia cercana son los mayores perpetuadores de esta práctica, generando graves problemas de salud mental, sobre todo cuando no se atienden de la mejor manera.

A diferencia de los resultados de Santillanes Allande (2017), en la que las mujeres migrantes en mayor medida trataron de buscar algunas estrategias para superar el estado de depresión, en la presente investigación solo una de ellas le dio la suficiente importancia para tratar estos problemas emocionales, o tal vez, aprovechando los beneficios que tuvo por el hecho de tener hijos pequeños y/o que nacieron en dicho país. Las demás no se atendieron este tipo de malestares, lo cual, de acuerdo con sus itinerarios terapéuticos, siguió afectándolas a pesar de que ya no tenían los perpetuadores a su lado. De igual manera, y como lo menciona Goldberg (2003) en su trabajo sobre migrantes senegaleses en España, los modos de vida también tuvieron un impacto considerable en la salud de los migrantes, sobre todo lo relacionado con las condiciones de trabajo, alimentación y condiciones de vivienda inadecuadas, adquiriendo un papel relevante en sus PSEAP. Los accidentes laborales también estuvieron presentes, los cuales en la población entrevistada tuvieron en algunos casos serias afectaciones de salud.

Por otro lado, es de destacar en estos trabajos mencionados, la capacidad de agencia de la población estudiada con respecto a las estrategias y prácticas de atención para dar solución a sus problemas de salud, las cuales se diversificaron de acuerdo al entorno específico y particular de sus vidas, bien sea porque eligen algún tipo de modelo de atención, de acuerdo con su capacidad económica o por las creencias y efectividad, o cualquier otro tipo de actividad que consideraban beneficiosa para tratar de solventar sus problemas de salud.

Propuesta de Nuevas Líneas de Investigación

Se considera que esta investigación ha brindado resultados importantes y novedosos bajo los enfoques teórico-metodológicos aplicados (antropología médica, enfoque transnacional y mirada interseccional), los cuales abren posibilidades para desarrollar otras investigaciones que profundicen en ciertos aspectos encontrados. Es fundamental superar los estudios de tipo transversal y avanzar hacia los estudios de tipo longitudinal, de tal forma que se puedan identificar las características vividas y particulares de los sujetos en determinados espacios de tiempo y poder hacer comparaciones.

Se ha argumentado que, para entender la salud de la población de estudio en un momento dado, es indispensable conocer el entorno, el contexto en el que vive la persona y el que ha vivido a lo largo de su vida y su trayecto migratorio. En este sentido, la necesidad de indagar a través de las diferentes fases migratorias los modos de vida de los y las migrantes y de esta forma analizar y comprender el posible origen y la solución de los problemas de salud/enfermedad de la población de estudio.

Por medio de los estudios de tipo transversal se pueden identificar los problemas de salud en determinado momento, más no el origen de los mismos, las posibles causas, lo que sí es posible indagar a través de un análisis de tipo longitudinal, que incluso es coherente con el enfoque teórico de la antropología médica en su carácter, holístico, relacional y procesual. De ahí que ante la necesidad de conocer el antes y después de los problemas de salud/enfermedad, como lo menciona Caicedo (2019), es indispensable desarrollar investigaciones que cuenten con información que permita conocer el estado de salud de los migrantes previo a la migración, pero, sobre todo, destacando el punto de vista del actor, sus experiencias y sus vivencias. Así, es posible una nueva línea de investigación en la

antropología médica crítica centrada en métodos longitudinales y cursos de vida en todas las fases migratorias.

De los aciertos de este trabajo de investigación fue el haber incorporado la perspectiva de género para incluir la experiencia de las mujeres migrantes de retorno; pues como se puso en evidencia en el primer capítulo, la literatura relacionada con la problemática desde un enfoque de género aún es escasa. Por lo tanto, se considera fundamental encaminar los esfuerzos para que se analicen tanto las experiencias de las mujeres como las vivencias de los hombres migrantes de retorno, pues de acuerdo con la evidencia empírica de esta investigación, los PSEAP difieren considerablemente entre ambos géneros, lo cual resulta pertinente para comprender cómo se dan estos problemas de salud/enfermedad y los mecanismos, estrategias y prácticas que se utilizan por género para dar solución a los mismos. Se propone entonces una segunda línea de investigación que podría centrarse en abordajes desde la mirada interseccional para el análisis de los PSEAP por género, generación, etnicidad, clase y estatus migratorio.

En este mismo tenor, la importancia de ahondar aún más en la perspectiva de género, pues si bien en este trabajo fue una de las variables de desigualdad social incluidas en el enfoque de la interseccionalidad, es necesario profundizar en la misma, particularmente ante el vacío que deja este trabajo sobre el reconocimiento del acceso a la salud por parte de los hombres que son padres y/o que llegaron a Estados Unidos siendo niños.

Dado que en esta investigación no se tomó en cuenta la categoría de masculinidad, sería oportuno incluirla en futuros trabajos, pues la evidencia empírica da cuenta de algunas situaciones particulares que vivieron los hombres cuando emigraron hacia Estados Unidos. Por ejemplo, cuando ellos se encuentran en trabajos con horarios extenuantes y con precarias condiciones, o cuando por la falta de recursos económicos tuvieron que aguantar hambre o comer desperdicios de comida, quizás están viviendo una masculinidad marginada, cuya identidad difiere notablemente de la que acostumbran en sus lugares de origen como proveedores de recursos, con el dominio de las relaciones de poder dentro de las relaciones familiares. En este sentido, sería importante conocer estos cambios de masculinidad en los hombres migrantes que se dirigen a Estados Unidos. Una tercera línea de investigación podría

ser aquella que ponga énfasis en cambios y permanencias en la identidad masculina de hombres migrantes de retorno.

Retomando todas las dimensiones que comprenden los modos de vida, valdría la pena incorporar en futuros trabajos de investigación otros modos de vida, diferentes a los explorados en este trabajo, que permitan observar los impactos en los PSEAP de los migrantes. Al respecto, la escolaridad y la sexualidad cobran importancia en estas dinámicas. Por último, se alienta al desarrollo e impulso de investigaciones de este tipo, pues frente a la problemática de salud y migración, violencias y salud mental, se ha destacado la riqueza conceptual y de información que se puede generar a través de los testimonios y la propia voz de los actores, de sus experiencias y sus vivencias. Siempre relacionadas con los condicionantes estructurales e institucionales. Una última línea de investigación justo se articula con las violencias y la salud mental de migrantes de retorno.

Recomendaciones Para Políticas Públicas y Para una Agenda Política Binacional

Esta investigación ha evidenciado la urgente necesidad de una agenda de políticas públicas relacionada con los problemas de salud/enfermedad de la población migrante de México que ha aportado por décadas, económica y cotidianamente, con su trabajo a Estados Unidos y que está siendo deportada masivamente. Se requieren políticas migratorias que incorporen un enfoque que tome en cuenta la trayectoria migratoria y las trayectorias de salud/enfermedad de las y los migrantes de retorno, dado que no se puede entender la salud en un momento dado, si no se conocen los antecedentes de salud o aquellas otras dimensiones que pudieron afectar su bienestar según los modos de vida experimentados por cada una de las personas.

Sin embargo, dentro de los problemas de salud/enfermedad presentes en la población migrante, los resultados de este trabajo resaltan el tema de la salud mental, que, aunque ha sido tratado por algunos investigadores (Caicedo, 2019; Sen, 2002, como se citó en Caicedo, 2019; Santillanes Allande, 2017; Zapata Villa et al., 2018), denota que la salud mental al retorno aún requiere de mucha investigación para profundizar en qué contexto de la fase migratoria se están dando estos problemas. La evidencia empírica en migrantes de retorno de Tenancingo permite entender que estos problemas son multicausales y multiespaciales, porque son originados por diversas causas en los que intervienen los modos de vida en diferentes momentos y escenarios migratorios.

De ahí la necesidad de estudiar la salud de los y las migrantes de una manera integral, holística y relacional, reconociendo que dicha población debe ser atendida de manera diferenciada por género, generación, etnicidad, clase y contexto, una vez que retornen a México, porque las necesidades en cuestiones sanitarias son heterogéneas. En este sentido, las políticas públicas se deben concentrar en atender la salud de las personas desde el propio lugar de origen, así como aportar insumos y estrategias de atención durante las diferentes fases migratorias, a fin de aminorar estas problemáticas a través del seguimiento a los problemas de salud de los migrantes. Si bien no es una tarea fácil, es indispensable trabajar en esta directriz y establecer una metodología que ayude a una participación más activa de los sistemas de salud y de los propios migrantes, garantizando sobre todo su seguridad y el derecho a la salud en México y en Estados Unidos.

Una atención que como lo expresan Ceja, Lira Mandujano y Fernández Guzmán (2014) debe ser especializada, acorde a las necesidades y características específicas de cada individuo, además de ser justas, equitativas, no discriminatorias, con facilidad de acceso y encaminadas a mejorar el bienestar físico y psicosocial. En la actualidad esto no ocurre, pues, por el contrario, los migrantes experimentan serios problemas de salud en cualquiera de las fases migratorias ante la ausencia de una estrategia real por parte de los gobiernos respectivos para intervenir en esta problemática cada vez más compleja.

En este sentido, es necesario contar con instrumentos de captación de información para ser respondidos por los migrantes que retornan a México, bien sea porque regresen de forma voluntaria o porque fueron deportados, mismos que deben ser ágiles, de fácil aplicación, que incorporen el perfil sociodemográfico de este grupo poblacional, las condiciones sociales, económicas, culturales, el lugar a donde se dirigen, pero también lo concerniente a información sanitaria, en el que se identifiquen los padecimientos y malestares con los que vienen y los que han padecido a lo largo de su historia de vida.

Como se señaló con anterioridad, instrumentos que aporten a la recolección de información de tipo longitudinal, de tal forma que sea posible conocer los diferentes padecimientos presentados, tanto a nivel físico como de salud emocional y mental, en las diferentes fases migratorias. Esta información, su disponibilidad y actualización permanente

es insumo básico para diseñar estrategias de atención integrales y oportunas de esta población y de su familia.

Así mismo, la obtención de esta información servirá para analizar las deficiencias en cuanto a infraestructura sanitaria y los problemas de salud más comunes presentados por ellos y ellas en sus lugares de origen. Se propone que esta información obtenida a través de los instrumentos se concentre en una base de datos a través de un observatorio de la salud de población migrante, con un nivel de desagregación municipal, estatal y federal. Aunado a lo anterior, en sus lugares de origen, es necesario que las autoridades locales también los identifiquen y sean quienes se encarguen del seguimiento y de atender las necesidades con las que regresan. En otras palabras, urge visibilizar la migración de retorno y los problemas de salud de esta población, lo que no es posible en tanto se trate de un tema ignorado por las autoridades correspondientes.

En otras palabras, no basta con que se realicen instrumentos de captación de información, es necesario que este tipo de iniciativas sean implementadas y de conocimiento por la misma población migrante, a fin de avanzar en mecanismos de atención participativos para la atención de los problemas de salud.

Para que en el horizonte se vea una luz que vaya en beneficio de la salud de los migrantes es obligatoria la voluntad de las autoridades encargadas de tomar estas decisiones, se requiere de presupuesto para la atención y seguimiento de las múltiples necesidades y problemas de salud de estos migrantes retornados. También es importante que se trabaje en la concientización de los funcionarios involucrados en las diferentes dependencias gubernamentales relacionadas con el bienestar de los migrantes. Esto es particularmente necesario ante el desconocimiento sobre el tema migratorio, la falta de sensibilización que muestran ante este problema y la escasa coordinación de esfuerzos para sumar acciones entre dependencias y organizaciones de la sociedad civil. Aunado a esto, es necesario hacer énfasis en la continuidad, pues como frecuentemente sucede con los cambios de gobierno, muchos de los programas cambian o se suspenden, por lo que los avances que se pudieron obtener en determinado momento sufren un retroceso y es necesario comenzar de nuevo, o simplemente se pierden.

Se considera que el actuar de las autoridades frente a los problemas de salud de la población es correctivo y no preventivo. Actuar de manera preventiva es una estrategia para aminorar la presencia de problemas de salud/enfermedad en todos los individuos, inclusive por parte de los y las migrantes, porque se estaría atacando sobre todo la violencia estructural, como la principal causa de estos problemas ante las limitaciones que pone para la satisfacción de necesidades como la vivienda, el trabajo, la salud, la seguridad, entre otras más.

Por otro lado, es urgente promover acuerdos bilaterales entre México y Estados Unidos para el cuidado de los migrantes. No es justo que ellos nazcan en México, crezcan, pasen gran parte de su juventud y posteriormente emigren en plena edad productiva para contribuir con su capital humano a mejorar la economía de Estados Unidos, a la vez que envían una importante cantidad de remesas a México para mejorar el bienestar económico de sus familias. Para que luego sean deportados, después de muchos años de vivir en dicho país, con una vida construida, con familias, con enfermedades que deben ser atendidas o ignoradas en México, donde también requerirán de otros servicios como el trabajo, la vivienda y educación.

Es en este escenario en el que debe de haber reciprocidad por parte de Estados Unidos, ocupándose también del bienestar de los migrantes que con su trabajo ayudaron al crecimiento de su economía. De ahí que se requieran cambios en las políticas públicas de ambos países para que consideren estrategias orientadas a asegurar la estabilidad y el bienestar de estos migrantes.

Para finalizar, se espera que este trabajo aporte a la academia, a los estudiantes e investigadores, a las autoridades encargadas de tomar decisiones, así como al conocimiento, frente a una temática que poco se ha estudiado a pesar de la complejidad que tiene actualmente entre la población migrante que ha retornado en tiempos de crisis económica estadounidense, crisis de salud pública por la pandemia de COVID-19, crisis migratoria, y crisis de violencias, especialmente de violencia de género. Ha sido una investigación con retos teórico-conceptuales y metodológicos, en el que se dio prioridad a la propia voz del actor, porque ahora queda claro que el valor de estas experiencias se tiene en la voz de las personas, así como en su sentir, sus pensamientos, sus derechos y su dignidad.

Bibliografía

- Aborode, A. T., Lawal, L., Agwuna, F. O., Adewunmi, R. O., Ubechu, S. C. & Badri, R. (2023). Health disparities among illegal immigrants and homeless people in the USA: a struggle within. *International Journal of Surgery: Global Health*, 6(6). https://journals.lww.com/ijsglh/fulltext/2023/11010/health_disparities_among_illegal_immigrants_and.7.aspx
- Abuelafia, E. (2018). *La política migratoria de los EE. UU. y su impacto en el triángulo Norte y Centroamérica*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/es/publications/spanish/viewer/La-pol%C3%ADtica-migratoria-de-los-EEUU-y-su-impacto-en-el-Tri%C3%A1ngulo-Norte-de-Centroam%C3%A9rica.pdf>
- Achotegui Loizate, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Revista de Servicios Sociales*, (46), 163-171.
- Acosta Millán, M. G. (2014) *Determinación de factores de migración internacional: análisis en localidades del sur del Estado de México* [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma del Estado de México]. <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/58823/MCARN-MGAM-08-14.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Aguirre, J. L. (2016). La autoatención y el enfoque relacional. *Archivos de medicina familiar y general*, 13(1), 27-34.
- Alarcón, R., Cruz, R., Díaz-Bautista, A., González-König, G., Izquierdo, A., Yrizar, G. y Zenteno, R. (2009). La crisis financiera en Estados Unidos y su impacto en la migración mexicana. *Migraciones Internacionales*, 5(1), 193-210.
- Albo, A. y Ordaz Díaz, J. L. (2011). *La Migración Mexicana hacia los Estados Unidos: Una breve radiografía*. BBVA Research, Documentos de trabajo. https://www.bbvaresearch.com/wp-content/uploads/mult/WP_1105_Mexico_tcm346-246701.pdf
- Alves, P. C. (2006). A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1547-1554. <https://www.scielo.br/j/csp/a/yZJWqGtsJZWmnsSzxyKTDcy/?format=pdf&lang=pt>

- Amezcu, M. y Hueso Montoro, C. (2009). Cómo analizar un relato biográfico. *Arch Memoria*. (6 fasc. 3). <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/50929/2009-archivos-relato-biografico-analisis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Andreu Cabrera, E. (2020). Actividad física y efectos psicológicos del confinamiento por Covid-19. Crecimiento psicológico y afrontamiento de la madurez. *Revista INFAD de Psicología. Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 209-220. <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEF/article/view/1828/1612>
- Arenas-Monreal, L., Ruiz-Rodríguez, M., Bonilla-Fernández, P., Valdez Santiago, R. y Hernández-Tezoquipa, I. (2013). Cambios alimenticios en mujeres morelenses migrantes a Estados Unidos. *Salud Pública de México*, 55(1), 35-42.
- Arenas, E., Goldman, N., Pebley, A. y Teruel, G. (2015). Return migration to Mexico: does health matter? *Demography*, 52(6), 1853-1868.
- Arias, P. (2009). La pluriactividad rural a debate. En H. C. De Grammont y L. Martínez Valle (Coord.), *La pluriactividad en el campo Latinoamericano* (pp. 171-205). FLACSO-Ecuador. Quito.
- Aruj, R. S. (2008). Causas, consecuencias, efectos e impactos de las migraciones en Latinoamérica. *Papeles de Población*, 14(55), 95-116. <https://www.redalyc.org/pdf/112/11205505.pdf>
- Asakura, H. (2016). Articulando la violencia y las emociones: las experiencias de las mujeres migrantes centroamericanas residentes en Houston, Texas. *Sociológica*, 31(89), 197-228. <https://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v31n89/0187-0173-soc-31-89-00197.pdf>
- Asakura, H. y Torres Falcón, M. (2013). Migración femenina centroamericana y violencia de género: pesadilla sin límites. *Zona Franca. Revista del Centro de Estudios Interdisciplinario sobre Mujeres*, 21(22), 75-86. <https://zonafranca.unr.edu.ar/index.php/ZonaFranca/article/view/23/21><https://zonafranca.unr.edu.ar/index.php/ZonaFranca/article/view/23/21>
- Ayuntamiento Constitucional de Tenancingo (2022). *Plan de Desarrollo Municipal de Tenancingo 2022-2024*. https://copladem.edomex.gob.mx/sites/copladem.edomex.gob.mx/files/files/pdf/Planes%20y%20programas/Mpales-2022-2024/Tenancingo_PDM%202022_2024.pdf

- Azaola Garrido, E. (2022). Estado de excepción y pandemia de violencia en México. *KORPUS* 21, 2(6), 455-468. [https://korp21.cmq.edu.mx/index.php/ohtli/article /view/110/169](https://korp21.cmq.edu.mx/index.php/ohtli/article/view/110/169)
- Badillo, D. (26 de febrero de 2023). Tres años de pandemia y el sistema de salud mexicano sigue precario e inoperante. *El Economista*. <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Tres-anos-de-pandemia-y-el-sistema-de-salud-mexicano-sigue-precario-e-inoperante-20230224-0058.html>
- Baer, H. A., Singer, M. & Susser, I. (1997). *Medical anthropology and the world system: a critical perspective*. Westport, C, T: Bergin & Garvery.
- Bagès, R., Caussade, G., Curie, J., Hajjar, V., Rieu-Gout, A. and Rieu-Gout, A. (1984). Mode de vie et arbitrages entre les activités dans les familles rurales et urbaines. *L'Année sociologique (1940/1948)*, 34, 61-86.
- Bastos Braga, G., Carvalho Fiúza, A. L. e Almeida Remoaldo, P. C. (2017). O conceito de modo de vida: entre traduções, definições e discussões. *Sociologías*, 19(45), 370-396. <https://www.scielo.br/j/soc/a/WTrTjjdQCVfVXNdHchQRmgk/?format=pdf&lang=pt>
- Bataillon, G. (2015). Narcotráfico y corrupción: las formas de la violencia en México en el siglo XXI. *Nueva Sociedad*, (255). <https://nuso.org/articulo/narcotrafico-y-corrupcion-las-formas-de-la-violencia-en-mexico-en-el-siglo-xxi/>
- Be Ramírez, P. A. y Salinas Bolbo, C. (2019). La(s) masculinidad(es) en juego bajo la experiencia migratoria de ex braceros de Telchac Pueblo, Yucatán. Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe, 16(1). <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/36436/37186>
- Becerril Quintana, O. (2020). *Curso sobre el enfoque transnacional, antropología médica y perspectiva interseccional de género, clase, generación y estatus migratorio en procesos de salud/enfermedad/atención y prevención*. Doctorado en Ciencias Sociales, El Colegio de Michoacán.
- Becerril Quintana, O. y Macías Suárez, G. (2021). Incertidumbre y salud mental en trabajadores mexiquenses en Estados Unidos y Canadá. *La Jornada del Campo*, (166), 13.
- Becerril Quintana, O. y Macías Suárez, G. (2022). Impacto del Covid-19 en la salud y el empleo de trabajadores agrícolas mexiquenses en Estados Unidos y Canadá. *International Journal of Human Sciences Research*, 2(20).

- Belart, A. y Ferrer, M. (1998). *El ciclo de la vida: una visión sistémica de la familia*. Colección Crecimiento Personal. Serendipity.
- Benítez Ampudia, J. C. (2010). Calidad y condiciones de vida como determinantes de la salud y la enfermedad. Una propuesta para la antropología médica. *Gazeta de Antropología*, 26(2), 1-8. http://www.gazeta-antropologia.es/wp-content/uploads/G26_47JoseCarlos_Benitez_Ampudia.pdf
- Berger, P. L. y Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu Editores S.A.
- Bobes, V. C. (2012). El transnacionalismo como enfoque. Una reflexión para construir un modelo analítico. En V. C. Bobes León (Coord.), *Debates sobre transnacionalismo. Documentos de trabajo* (pp. 9-23). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México.
- Bojórquez, I., Aguilera, R. M., Ramírez, J., Cerecero, D. and & Mejía, S. (2015). Common mental disorders at the time of deportation: a survey at the Mexico-United States border. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17, 1732-1738. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0083-y>
- Bojórquez, I., Odgers-Ortiz, O. and & Olivas-Hernández, O. (2021). Psychosocial and mental health during the COVID-19 lockdown: A rapid qualitative study in migrant shelters at the Mexico-United States border. *Salud Mental*, 44(4), 167-175.
- Boltvinik, J. (1986). Sistemas de necesidades y modos de vida en México. *Investigación Económica*, 45(175), 169-204. <https://biblat.unam.mx/hevila/Investigacioneconomica/1986/no175/8.pdf>
- Bourdieu, P. y Passeron, J. C. (1996). *La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Distribuciones Fontamara.
- Brannen, J. (2005). Mixing methods: the entry of qualitative and quantitative approaches into the research process. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(3), 173-184.
- Brennan, J. (1999). *Historia y sistemas de la psicología*. México: Prentice Hall.
- Bronfman, M. y Leyva Flores, R. (2009). Migración y SIDA en México. En J. Á. Córdova Villalobos, S. Ponce de León Rosales y J. L. Valdespino (Eds.), *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos*. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud.

- Bronfman, M. y Minello, N. (1995). Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH. En M. Bronfman, A. Amuchástegui, R. Martina, N. Minello, M. Rivas y G. Rodríguez (Eds.), *SIDA en México. Migración, Adolescencia y Género*. Conasida. México, D.F.
- Brown, P. J. & Closser, S. (2019). Medical anthropology: an introduction. In P. J. Brown and S. Closser (Eds.), *Understanding and applying Medical Anthropology*. Routledge. Taylor & Francis Group.
- Butler, J. (1999). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Cabieses, B., Gálvez, P. y Ajraz, N. (2018). Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 35(2), 285-91. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v35n2/a16v35n2.pdf>
- Caicedo Riascos, M. (2021). Trabajadores de origen mexicano en la zona metropolitana de Chicago. En R. Cruz Piñeiro y R. Zapata-Garibay (Coord.), *¡Vivir en el norte! Condiciones de vida de los mexicanos en Chicago*. El Colegio de la Frontera Norte.
- Caicedo, M. (2019). *Trabajo y salud mental de latinoamericanos en Estados Unidos. Más que una paradoja*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Caicedo, M. y Van Gameren, E. (2016). Desempleo y salud mental en la población de origen hispano en Estados Unidos: un análisis epidemiológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3), 955-966.
- Caicedo, M. y Van Gameren, E. (2016a). Unemployment and mental health among Mexican immigrants and other population groups in the United States. *Migraciones Internacionales*, 8(4), 167-200.
- California 100 (2023). *The future of immigrant integration. A California 100 report on policies and future scenarios*. <https://california100.org/wp-content/uploads/2023/09/The-Future-of-Immigrant-Integration-ISSUE-REPORT-1.pdf>
- Calleja Fernández, A. (2005). La discriminación a los mexicanos en Estados Unidos. *El Cotidiano*, (134), 89-94. <https://www.redalyc.org/pdf/325/32513412.pdf>
- Calva Sánchez, L. E. y López Jaramillo, A. M. (2017). La salud y el acceso a los servicios de salud asociados al retorno y permanencia en México de los migrantes provenientes de EE.

- UU. En Secretaría de Gobernación y Consejo Nacional de Población, *Migración y Salud. Reflexiones y retos sobre la salud de la población migrante*. México.
- Canales, A. I. y Meza, S. (2016). Fin del colapso y nuevo escenario migratorio México-Estados Unidos. *Migración y Desarrollo*, 14(27), 65-107. <https://www.scielo.org.mx/pdf/myd/v14n27/1870-7599-myd-14-27-00065.pdf>
- Canales, A. I., Vargas Becerra, P. N. y Montiel Armas, I. (2010). Migración y salud en zonas fronterizas: Guatemala y México. *CEPAL – Serie Población y Desarrollo*, 91.
- Carbado, D., Crenshaw, K. W., Mays, V. M. & Tomlinson, B. (2013). Intersectionality: Mapping the Movements of a Theory. *Du Bois Review*, 10(2), 303-312. https://scholarship.law.columbia.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3783&context=faculty_scholarship
- Cárdenas Torres, M. (31 de agosto al 4 de septiembre de 2009). *Comunidades migrantes transnacionales y nuevas tecnologías*. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.
- Carrasco Arróniz, M. Á., Athie Gutiérrez, C., Rodea Rosas, H., Sagahon Martínez, J. A. y Cruz Palacios, A. (2011). ¿Hay factores clínicos y/o bioquímicos con los que se pueda presumir diagnóstico preoperatorio de perforación de vesícula biliar? *Cirujano General*, 33(1), 26-31. <https://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v33n1/v33n1a5.pdf>
- Carreón, J. (2009). Breves reflexiones, de carácter paradójico, sobre los migrantes mexicanos hacia Estados Unidos y su salud. En G. Campos y Covarrubias (Coord.), *Educación y salud en los migrantes México-Estados Unidos*. UNAM – Miguel Ángel Porrúa.
- Cassarino, J. P. (2004). Theorising Return Migration: The Conceptual Approach to Return Migrants Revisited. *International Journal on Multicultural Societies*, 6(2), 253-279.
- Castañeda, A. (19 de junio de 2018). *Migración, tolerancia cero y derechos humanos en Estados Unidos*. El Colegio de la Frontera Norte. <https://www.colef.mx/noticia/migracion-tolerancia-cero-y-derechos-humanos-en-estados-unidos/>
- Castañeda, X., Castañeda-Camey, N., Díaz Hinojosa, V., Ruiz Custodio, C. y Alonzo, O. (2018). Salud y derechos de los migrantes mexicanos retronados. Seguridad o desconsuelo. En E. Corzo Sosa, S. E. Giorguli Saucedo y A. Bautista León (Coord.), *Migración de retorno y*

- derechos sociales. Barreras a la integración* (pp. 31-37). El Colegio de México y Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- Castro Domingo, P. (2003). *Chayotes, burros y machetes*. El Colegio Mexiquense.
- Castro Neira, Y. (2005). Teoría transnacional: revisitando la comunidad de los antropólogos. *Política y Cultura*, (23), 181-194. <https://www.redalyc.org/pdf/267/26702311.pdf>
- Castro, A. & Farmer, P. (2007). Medical Anthropology in the United States. In F. Saillant & S. Genest (Eds.), *Medical Anthropology. Regional Perspectives and Shared Concerns* (pp. 42- 57). Blackwell, Malden, MA.
- Castro, A. y Farmer, P. (2003). El Sida y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima. Cuadernos de Antropología Social, (17), 29-47. <http://www.scielo.org.ar/pdf/cas/n17/n17a03.pdf>
- Castro, R. (2010). Teoría social y salud. Universidad Nacional Autónoma de México. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Cavalcan, L., Silva, T. y Parella Rubio, S. (13-18 de agosto de 2007). *Una aproximación a las prácticas transnacionales “desde abajo”: las remesas y los vínculos de gestión del cuidado*. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Guadalajara. <https://cdsa.aacademica.org/000-066/681>
- Cecchini, S. y Uthoff, A. (2007). Reducción de la pobreza, tendencias demográficas, familias y mercado de trabajo en América Latina. *CEPAL - Serie Políticas Sociales*, (136).
- Ceja, A., Lira Mandujano, J. y Fernández Guzmán, E. (2014). Salud y enfermedad en los migrantes internacionales México-Estados Unidos. *Ra Ximhai*, 10(1), 291-306. https://www.researchgate.net/publication/333156727_Salud_y_enfermedad_en_los_migrantes_internacionales_Mexico-Estados_Unidos
- Chaparro Medina, M. C. (2008). Derecho y relaciones internacionales. Perspectivas de la política migratoria global. *Revista VIA IURIS*, (5), 61-87. <https://www.redalyc.org/pdf/2739/273921000004.pdf>
- Cho, S., Crenshaw, K. W. & McCall, L. (2013). Toward a Field of Intersectionality Studies: Theory, Applications, and Praxis. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 38(4), 785-810. JSTOR, www.jstor.org/stable/10.1086/669608

- Clériga Morales, D., Espinosa Santos, G., Garcés Vergara, M., Alvarado Chávez, M., González Rodríguez, M. y Erazo Caravantes, J. (2016). *Estado del Arte, investigación. Violencia contra las mujeres en contextos de migración*. Documento de Voces Mesoamericanas Acción con los Pueblos Migrantes A.C. (San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México), del Centro de Derechos Humanos Fray Matías de Córdova A.C. (Tapachula, Chiapas, México), y del Equipo de Estudios Comunitarios de Acción Psicosocial –ECAP– (Guatemala), con el apoyo del International Development Research Centre –IRDC–, de Canadá.
- Clínicas de Chile A.G. (2009). *Sistema de salud de USA: cómo funciona y que propone la reforma*. (21). <https://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2016/11/21.pdf>
- CNN Español (11 de mayo de 2023). ¿Qué es el Título 8, la normativa para regular la migración en EE. UU. que se implementará tras el Título 42? CNN. <https://cnnespanol.cnn.com/2023/05/11/que-es-el-titulo-8-norma-migracion-titulo-42-estados-unidos-orix/>
- Cobo, S. (2005). Nota sobre “Intersección entre los ciclos de vida familiar y la migración internacional” ponencia presentada por David Lindstrom y Silvia Giorguli. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 20(3), 633-636.
- Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos (CSFMEU) (2021). *Iniciativas en salud mental en la región fronteriza del norte de México*. <https://saludfronterizamx.org/iniciativas/iniciativas-en-salud-mental-en-la-region-fronteriza-del-norte-de-mexico-2/>
- Consejo Nacional de Población (2002). *Índice de intensidad migratoria México-Estados Unidos, 2000*. Secretaría de Gobernación. http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/migracion_internacional/intensidad_migratoria/preliminares.pdf
- Consejo Nacional de Población (2012). *Índices de intensidad migratoria México-Estados Unidos 2010*. Secretaría de Gobernación. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/114221/Indices_de_intensidad_migratoria_Mexico_Estados_Unidos_2010_Parte1.pdf

- Consejo Nacional de Población (2020). *Migración y salud / Migration and Health*. Secretaría de Gobernación. Año 2, (2).
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/607549/MIGRACION_SALUD_2020_Conapo-HIA.pdf
- Consejo Nacional de Población (2022). *Índices de intensidad migratoria México-Estados Unidos 2020*. Secretaría de Gobernación.
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/789092/IIMMexEEUU2020.pdf>
- Crenshaw, K. W. (1995). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics and violence Against Women of Color. In K. W. Crenshaw, N. Gotanda, G. Peller & K. Thomas (Eds.), *Critical Race Theory. The key writings that formed the movement* (pp. 357-383). New York: The New Press.
- Customs and Border Protection (2019). *U.S. Border Patrol Apprehensions from Mexico and other than Mexico (FY 2000 – FY 2018)*. <https://www.cbp.gov/newsroom/media-resources/stats>
- Davis, K. (1 de octubre de 2019). Operación Gatekeeper, 25 años después: Cómo fue el punto de inflexión que transformó la frontera. *The San Diego Union-Tribune*.
<https://www.sandiegouniontribune.com/en-espanol/noticias/bc/articulo/2019-10-01/operacion-gatekeeper-25-aniversario-que-transformo-la-frontera>
- De Mauleón, H. (2021). México 2021: una hemorragia sin control. *El Universal*.
<https://www.eluniversal.com.mx/opinion/hector-de-mauleon/mexico-2021-una-hemorragia-sin-control/>
- Deeb-Sosa, N., Díaz Olavarrieta, C., Juárez-Ramírez, C., García, S. G. y Villalobos, A. (2013). Experiencia de mujeres mexicanas migrantes indocumentadas en California, Estados Unidos, en su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva: estudio de caso. *Cad. Saúde Pública*, 29(5), 981-991.
<https://www.scielo.br/j/csp/a/K6gqwpLN3h7Cb7VrfmxvJGD/?format=pdf&lang=es>
- Del Ángel, P., Flores, E., Martínez, L., Moreno Mena, J., Navarrete, B. y Siu, E. (2013). *Violaciones a derechos humanos de personas migrantes mexicanas detenidas en los Estados Unidos, 2011-2012*. Segundo informe. Programa de Defensa e Incidencia Binacional. <https://corteidh.or.cr/tablas/29958.pdf>

- Delgadillo Guzmán, L. G., Vargas Cortez, A., Nievar, Á., Argüello Zepeda, J. F. y González Villanueva, L. (2013). Efectos de la violencia de pareja en mujeres migrantes. *Civilizar* 13 (24), 103-116. <http://www.scielo.org.co/pdf/ccso/v13n24/v13n24a07.pdf>
- Delgado Blanco, A. (2018). La agencia humana: sentidos y significados en la promoción, defensa y vigilancia del derecho a la salud. *Cuadernos del Cendes*, 35(97), 35-55.
- Días Bernal, Z., Aguilar Guerra, T. y Linares Martín, X. (2015). La antropología médica aplicada a la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*. 41(4), 655-665. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n4/spu09415.pdf>
- Díaz, C. J., Koning, S. M. y Martínez-Donate, A. P. (2016). Moving beyond salmon bias: Mexican return migration and health selection. *Demography*, 53(6), 2005-2030.
- Durand, J. (2000). Origen es destino. Redes sociales, desarrollo histórico y escenarios contemporáneos. En R. Tuiran (Edit.), *Opciones de política. Migración. México-Estados Unidos* (pp. 247-262). Secretaría de Gobernación y Secretaría de Relaciones Exteriores.
- Durand, J. (2013). Nueva fase migratoria. *Papeles de Población*, 9(77), 83-113. <https://www.redalyc.org/pdf/112/11228794004.pdf>
- Durand, J. (28 de agosto de 2022). Causas de la migración. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/2022/08/28/opinion/014a1pol?fbclid=IwAR18xfHPRr04B3NpTc80ZLkWIufjc0TgESWUJKNX-oSz5rTTZKZzVgO1KbE#texto>
- Durand, J. (31 de enero de 2021). Residentes migrantes indocumentados. *La Jornada*. https://www.jornada.com.mx/2021/01/31/opinion/013a2pol?fbclid=IwAR2SKNqhrCLR_A_YHfQh5yvH9JrDzM3RH_QPazBDG3ydxAP_dIptUiKlQBG4#texto
- El Colegio de la Frontera Norte (2020). *Mujeres migrantes: violencias y estrategias*. <https://www.colef.mx/noticia/mujeres-migrantes-violencias-y-estrategias/>
- Escudero, X., Guarnier, J., Galindo-Fraga, A., Escudero-Salamanca, M., Alcocer-Gamba, M. A. y Del Río, C. (2020). La pandemia de coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): situación actual e implicaciones para México. *Archivos de Cardiología de México*, 90(Supl), 7-14. <https://www.scielo.org.mx/pdf/acm/v90s1/1405-9940-ACM-90-Supl-7.pdf>.
- Estévez, A. (2012). La violencia en México como crisis de derechos humanos: las dinámicas violatorias de un conflicto inédito. *Contemporânea*, 2(1), 21-44. <https://repositorio.colmex.mx/concern/articles/rx913q74b?locale=es>

- Expósito Molina, C. (2012). ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. *Investigaciones Feministas*, 3, 203-222. http://dx.doi.org/10.5209/rev_INFE.2012.v3.41146
- Farmer, P. (2005). *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. California: University of California Press.
- Fernández Nieto, B. (3 de mayo de 2020). Violencia doméstica en México durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19. *Data-Pop Alliance*. <https://datapopalliance.org/violencia-domestica-en-mexico-durante-el-confinamiento-por-la-pandemia-covid-19/>
- Fernández-Carapia, P. (2024). Reflexiones de una activista sobre la atención a la salud mental de las personas migrantes y sus familias. *Enseñanza e Investigación en Psicología Nueva Época*, 6(Migración), 68-71. <https://doi.org/10.62364/cneip.6.2024.1>
- Figueredo Borda, N. (2017). La investigación cualitativa en ciencias de la salud: contribuciones desde la etnografía. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 6(spe), 14-19. <https://doi.org/10.22235/ech.v6iespecial.1445>
- Flynn, M. A. (2018). Im/migration, work, and health: anthropology and the occupational health of labor im/migrants. *American Anthropological Association*. 39(2), 116-123.
- Flynn, M. A., Carreón, T., Eggerth, D. E. y Johnson, A. I. (2016). Inmigración, trabajo y salud: revisión bibliográfica sobre entre México y los Estados Unidos. En J. Carreón (Coord.), Migración. *Revista Trabajo Social UNAM*, (6), 129-149. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Fosados, R., Caballero-Hoyos, R., Torres-López, T. y Valente, T. W. (2006). Uso del condón y migración en una muestra de migrantes mexicanos: potencial para la transmisión de VIH/ITS. *Salud Pública de México*, 48(1).
- Fundación BBVA México y Secretaría de Gobernación (2023). *Anuario de migración y remesas México*, 11(11). https://www.bbvaresearch.com/wp-content/uploads/2024/03/Anuario_Migracion_y_Remesas_2023.pdf
- Gacitua-Mario, E. & Wodon, Q. (2001). Measurement and meaning: combining quantitative and qualitative methods for the analysis of poverty and social exclusion in Latin America. *World Bank technical paper*, (14035), 1-100.

- Galaz Valderrama, C., Cea, P., Molina, D. Castro, D. y Ortega, M. J. (2021). Una mirada interseccional a las prácticas de salud en Aysén. Procesos de racialización en Chile. *Quaderns de Psicologia*, 23(3).
- Gandini, L., Lozano-Ascencio, F. y Gaspar Olvera, S. (2015). *El retorno en el nuevo escenario de la migración entre México y Estados Unidos*. Consejo Nacional de Población. México.
- García, A., Aizemberg, L. y Baeza, B. (2023). “Nosotras nos curamos con yuyos” Aproximaciones a prácticas alimentarias-nutricionales como forma de cuidados a la salud en contextos migratorios: el caso de mujeres migrantes de Bolivia en el noroeste de Chubut. *Aiken. Revista de Ciencias Sociales y de Salud*, 3(1), 37-52.
- Garfinkel, H. (2006). *Estudios en Etnometodología*. Anthropos Editorial; México: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades de la Universidad Nacional Autónoma de México; Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Gaspar Olvera, S. (2012). Migración México-Estados Unidos en cifras (1990-2011). *Migración y Desarrollo*, 10(18), 101-138.
- Giddens, A. (1987). *The Nation-State and violence, volume two of a contemporary critique of historical materialism*. Berkeley, University of California Press.
- Giménez, G. (2017). Introducción. En G. Giménez y, R. Jiménez (Coord.), *La violencia en México a la luz de las ciencias sociales* (pp. 9-34). Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales.
- Glick Schiller, N., Basch, L. & Szanton Blanc, C. (1995). From Immigrant to Transmigrant: Theorizing Transnational Migration. *Anthropological Quarterly*, 68(1), 48-63.
- Gobierno de México (2023). Tenancingo, municipio del Estado de México. *Data México*. <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/tenancingo>
- Gobierno de México (2023ab). *COVID-19 México. Informe general*. <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- Golash-Boza, T. & Hondagneu-Sotelo, P. (2013). Latino immigrant men and the deportation crisis: a gendered racial removal program. *Latino Studies*, 11(3), 271-292.
- Goldberg, A. (2003). Ser migrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y trabajo. El proceso de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en

- Barcelona. [Tesis de Doctorado, Facultad de Letras, Universitat Rovira I Virgili].
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8418/AGoldbergTESIS1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Goldberg, A. (2010). Factores socioculturales en el proceso asistencial de pacientes con tuberculosis del Instituto Vaccarezza del Hospital Muñiz, 2009. *Rev Argent Salud Pública*, 1(5), 13-21.
- Goldberg, A. (2013). Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y Sao Paulo: una indagación comparativa. *Saúde Soc. São Paulo*, 22(2), 283-297.
- Goldberg, A. (2020). *Curso de Antropología Médica aplicada a los estudios de caso sobre procesos migratorios internacionales y la salud/enfermedad/atención/cuidados de los conjuntos sociales*. Doctorado en Ciencias Sociales, El Colegio de Michoacán.
- Goldring, L. (1996). Blurring borders: constructing transnational community in the process of Mexico-U.S. migration. *Research in Community Sociology*, 6, 69-104.
- Goldring, L. y Landolt, P. (2009). Reformulación de las unidades, identidades, temporalidad, cultura y contextos: reflexiones sobre la investigación de los movimientos migratorios. En L. Rivera Sánchez y F. Lozano Ascencio (Coord.), *Encuentros disciplinarios y debates metodológicos: la práctica de la investigación sobre migraciones y movilidades* (pp. 125-161). Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Goldring, L. (1991). Gendered memory: constructions of rurality among Mexican transnational migrants. In E. M. DuPuis & P. Vandergeest (Eds.), *Creating the Countryside* (pp. 303-330). Temple University Press, Philadelphia.
- Gómez Cardona, L. (2013). Por una antropología médica crítica hoy. Reflexiones a partir de una investigación sobre los problemas gastrointestinales de los niños que pertenecen a una minoría étnica en Canadá. *Maguaré*, 27(2), 21-65.
- Gómez Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H. y Frenk, J. (2010). Sistema de Salud de México. *Salud Pública de México*, 53(2), 220-232.
- González Díaz, M. (27 de abril de 2022). Violencia en México: “cuando vives durante años en una violencia constante, uno empieza a dejar de verla o a normalizarla como manera de

- defensa". *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-61173421>
- González Becerril, J. G. (2006). Migración y remesas en el sur del Estado de México. *Papeles de Población*, 12(50), 223-252.
- González Calvo, V. (2005). El duelo migratorio. *Revista de Trabajo Social*, (7), 77-97. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8477/9121>
- González Pérez, U. (1990). La psiquis, la salud, la enfermedad y el modo de vida. *Revista Cubana de Psicología*, 7(2), 91-97.
- González Pérez, U. (2005). El modo de vida en la comunidad y la conducta cotidiana de las personas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200013
- González Reyes, P. J. (2009). Migración, criminalidad y violencia en la frontera norte de México. *Revista Criminalidad*, 51(2), 47-60. <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v51n2/v51n2a04.pdf> Bogotá D.C., Colombia.
- González-Block, M. A. & De la Sierra-de la Vega, L. A. (2011). Hospital utilization by mexican migrants returning to Mexico due to health needs. *BMC Public Health*, 11(241).
- González-Vázquez, T. T., Torres-Robles, C. A. y Pelcastre-Villafuerte, B. E. (2013). Utilización transnacional de servicios de salud por parte de los migrantes mexicanos en Estados Unidos. *Salud Pública de México*, 55(4), 477-484. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2013.v55suppl4/s477-s484>
- Good, B. J. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Ediciones Bellaterra, Barcelona, España.
- Good, B. J. & DelVecchio Good, M. J. (1984). Toward a Meaning-Centered Analysis of Popular Illness Categories: "Fright Illness" and "Heart Distress" in Iran. *Culture, Illness, and Healing*, (4), 141-166.
- Granados Alcántar, J. A. y Pizarro Hernández, K. (2013). Paso del Norte, qué lejos te vas quedando. Implicaciones de la migración de retorno en México. *Estudios Demográficos Urbanos*, 28(2), 469-496. <https://estudiosdemograficosyurbanos.colmex.mx/index.php/edu/article/view/1435/1428>

- Grupo Interdisciplinario en Temas Migratorios (GITM) (2022). *Reporte de Resultados. Encuesta a Mexicanos Desplazados y Solicitantes de Asilo en Ciudad Juárez (ENMEDESA-2022)*. El Colegio de la Frontera Norte, El Colegio de Chihuahua. <http://www.colech.edu.mx/cont/migracion/Rep.%20ENMEDESA%202022.PDF><http://www.colech.edu.mx/cont/migracion/Rep.%20ENMEDESA%202022.PDF>
- Guerrero Alemán, E. V. (2013). *La medicina popular en las parroquias rurales de Quito. Perspectivas y prácticas de los pacientes de la Parroquia de Lloa*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Politécnica Salesiana. Sede Quito]. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5096/1/UPS-QT03770.pdf>
- Guerrero-Ortiz, M. y Jaramillo-Cardona, M. C. (2015). Deportación y violación de los derechos del migrante en ambas fronteras. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, núm. (69), 85-106. <https://www.scielo.org.mx/pdf/conver/v22n69/1405-1435-conver-22-69-00085.pdf>
- Heredia Zubieta, C. (13 de marzo de 2023). La presencia de los mexicanos en Estados Unidos: 200 años de incompreensión. *Este País*. https://estepais.com/tendencias_y_opiniones/mexico-en-el-mundo/presencia-mexicanos-eua/
- Holmes, S. M. (2006). An ethnographic study of the social context of migrant health in the United State. *PLOS Medicine*, 3(10), e448. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030448
- Hospital General de Tenancingo (2021). *Plan de trabajo 2021*.
- Ibarra Escobar, G. E. y Soto Cortés, V. (2011). Crecimiento metropolitano y el centro de Phoenix. En B. Valenzuela Camacho y É. C. Montoya Zavala (Coord.), *Nuevos senderos, mismo destino. Proceso migratorio e inserción económica de mexicanos en Phoenix, Arizona*. Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Iglesias-Piña, D. (2014). Migración y remesas internacionales, efectos sobre la economía local. Caso del municipio de Tenancingo, Estado de México. En J. G. González Becerril, B. J. Montoya Arce y A. Barreto Villanueva (Coord.), *Hitos demográficos del siglo XXI: migración internacional* (pp. 275-290). México: Universidad Autónoma del Estado de México.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1992). Estado de México. Perfil Sociodemográfico. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/1990/>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000). *Conteo de Población y Vivienda 1995*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/1995/>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000). *XII del Censo General de Población y Vivienda 2000*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2000/>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2005). *II Conteo de Población y Vivienda 2005*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2005/>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2010). *Censo de Población y Vivienda 2010*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2011). *Panorama sociodemográfico del estado de México*. https://inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_socio/mex/702825003357.pdf
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2015). *Encuesta Intercensal 2015*. <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2021). *Panorama sociodemográfico de México 2020*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/tableros/panorama/>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2021a). *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Ciudadana 2021*. <https://www.inegi.org.mx/programas/envipe/2021/>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2021b). *Censo Nacional de Derechos Humanos 2021*. <https://www.inegi.org.mx/programas/cndhf/2021/#:~:text=El%20Censo%20Nacional%20de%20Derechos,los%20derechos%20humanos%2C%20con%20la>

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2021c). *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Ciudadana 2021*. <https://www.inegi.org.mx/programas/envipe/2021/>
- Instituto Nacional de las Mujeres (30 de abril de 2021). Mujeres migrantes: vulnerabilidad y violencia al buscar un mejor proyecto de vida. *Gobierno de México*. <https://www.gob.mx/inmujeres/articulos/mujeres-migrantes-vulnerabilidad-y-violencia-al-buscar-un-mejor-proyecto-de-vida?idiom=es#:~:text=Y%20en%20estas%20migraciones%20las,supuesto%20el%20riesgo%20a%20contraer>
- International Organization for Migration (IOM) (2020). *COVID-19 Impact of stranded migrants*. <https://migrantprotection.iom.int/en/resources/report/covid-19-impact-stranded-migrants>
- Jardón Hernández, A. E. (2017). *Migrar en tiempos de crisis. Transición hacia una nueva fase migratoria*. El Colegio de Michoacán.
- Jean Langdon, E. y Braune Wiik, F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 177-185. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/5RwbrHQRZ4X7KxNrhwvjTB/?format=pdf&lang=es>
- Jiménez Ornelas, R. y Reyes García, D. (2017). La violencia social en México. En G. Giménez, Gilberto y R. Jiménez, René (Coord.), *La violencia en México a la luz de las ciencias sociales* (pp. 35-76). Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales.
- Kánter Coronel, I. (2022). Violencia de género contra mujeres y niñas en el Estado de México. Una revisión de la información reciente. En R. S. Martínez-Celis Wogau, T. Alcázar Carrasco y R. Benítez Manaut (Edits.), *Atlas de la Seguridad del Estado de México 2022* (pp. 106-118). Secretaría de Seguridad, Universidad Mexiquense de Seguridad y el Colectivo de Análisis de la Seguridad con Democracia, A.C.
- Kleinman, A. M. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. University of California Press.
- Krug, E. (10 de diciembre de 2014). La violencia puede afectar a cualquiera. *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/violence->

can-affect-anyone <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/violence-can-affect-anyone>

- Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Cuadernos inacabados.
- Lagarriga, I. (2000). Medicina tradicional en México. Conceptos, actitudes y valores de sus seguidores. En J. Villalba (Comp.), *Conceptualización de la salud y la enfermedad en las medicinas alternativas* (pp. 17-54).
- Lamarque, M. y Moro Gutiérrez, L. (2020). Itinerarios terapéuticos y procesos de atención de la enfermedad en migrantes latinoamericanos: conflictos, negociaciones y adaptaciones. *Migraciones Internacionales*, 11(2), 1-20. <https://migracionesinternacionales.colef.mx/index.php/migracionesinternacionales/article/view/1796/1540>
- Leyva Flores, R., Infante Xibillé, C. y Quintino Pérez, F. (2016). *Migrantes en tránsito por México: situación de salud y accesos a servicios de salud*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Leyva-Flores, R., Infante, C., Gutiérrez, J. P., Quintino-Perez, F., Gómez-Saldivar, M. & Torres-Robles, C. (2019). Migrants in transit through Mexico to the US: Experiences with violence and related factors, 2009-2015. *PLOS ONE* 14(8), 1-16: e0220775. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220775>
- Lindón Villoria, A. (1999). *De la trama de la cotidianidad a los modos de vida urbanos. El Valle de Chalco*. El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos – El Colegio Mexiquense.
- Llácer, A., Zunzunegui, M. V., Del Amo, J., Mazarrasa, L. & Bolumar, F. (2007). The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. *J Epidemiol Community Health*, 61(2), 4-10.
- López Medina, J. (2011). *Monografía. Tenancingo, Estado de México 2011*. Instituto Mexiquense de Cultura, Asociación Mexiquense de Cronistas Municipales, A.C.
- López Robles, C. V. y Rivera, A. D. (2014). *Aproximaciones de la política migratoria para Guatemala*. Universidad Rafael Landívar. http://www.url.edu.gt/PortalURL/Archivos/100/Archivos/politica_migratoria.pdf

- López-Jaramillo, A. M., Rangel-Gómez, M. G. y Cruz-Piñeiro, R. (2021). Respuesta frente al Covid-19 para la atención de la población migrante mexicana en el sur de Estados Unidos. *Papeles de Población*, (107), 197-220. <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2021.107.08>
- Lusk, J. L. & Chandra, R. (2021). Farmer and farm worker illnesses and deaths from COVID-19 and impacts on agricultural output. *PLOS ONE*, 16(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250621>
- Macías Juárez, E. A. (2012). *Reconstruyendo y relacionando las experiencias de migrar y enfermar. Representaciones sociales y trayectorias de búsqueda de atención en personas que viven con VIH con experiencias de migración en el CAPASITS de Poza Rica, Veracruz*. [Tesis de Maestría. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social]. <https://repositorio.ciesas.edu.mx/bitstream/handle/123456789/119/M500.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Macías Suárez, G. A. (2004). *La recurrencia de los efectos migratorios como factor de riesgo para la manifestación de enfermedades de transmisión sexual*. [Tesis de Maestría. El Colegio de la Frontera Norte]. <https://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/2009/10/TESIS-Mac%C3%ADas-Su%C3%A1rez-Giovann%C3%AD-Alberto-MED.pdf>
- Magliano, M. J. (2015). Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos. *Revista Estudios Feministas*, 23(3), 691-712. <https://www.redalyc.org/pdf/381/38142136003.pdf>
- Markee, N. (2012). *Emic and Etic in qualitative research*. The Encyclopedia of Applied Linguistics.
- MarketDataMéxico (2022). *Colonia La Campana, Tenancingo, Estado de México*. <https://www.marketdatamexico.com/es/article/Colonia-La-Campana-Tenancingo-Estado-Mexico>
- Martín Muñoz, B., Gálvez González, M. y Amezcua, M. (2013). Cómo estructurar y redactar un Relato Biográfico para publicación. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 83-88.
- Martínez Hernández, Á. (2007). Cultura, enfermedad y conocimiento médico la antropología medica frente al determinismo biológico. En M. L. Esteban (Edit.), *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas* (pp. 11-43). Asociación por el Derecho a la Salud, Bilbao.

- Martínez Pizarro, S. (2019). Trastornos mentales en inmigrantes: ¿por qué se producen y cómo evitarlos? *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 1-2. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-pdf-S2013524619300169>
- Martínez, A. (10 de mayo de 2023). Título 42: las claves para entender el programa “anti-inmigrante”. *El País*. <https://elpais.com/mexico/2023-05-11/titulo-42-las-claves-para-entender-el-programa-anti-migrante.html>
- Martínez, A. (3 de octubre de 2023a). 'Héroes vivientes' imponen marca en agosto: Mandan 5,563 millones de dólares en remesas. *El Financiero*. <https://www.elfinanciero.com.mx/economia/2023/10/02/remesas-maximo-historico-para-un-mes-de-agosto-con-5563-millones-de-dolares/>
- Massey, D. S., Durand, J. y Malone, N. J. (2002). *Detrás de la trama. Políticas migratorias entre México y Estados Unidos*. Universidad Autónoma de Zacatecas.
- Massey, D., Arango, J., Hugo, G., Kovauchi, A., Pellegrino, A. y Taylor, E. (1998). Una evaluación de la teoría de la migración internacional. El caso de América del Norte. En G. Malgesini (Comp.), *Cruzando Fronteras. Migraciones en el sistema mundial* (pp. 425-450). Madrid: Ícara, Fundación hogar del empleo.
- May, V. (2006). Use of mixed methods in a study of residence and contact disputes between divorced and separated parents. *International Journal Social Research Methodology*, 10(4), 295-306.
- Mayo Clinic (2023). *Gripe H1N1 (gripe porcina)*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/swine-flu/symptoms-causes/syc-20378103>
- Médicos Sin Fronteras (2021). *Mexicanos desplazados por la violencia huyen hacia Estados Unidos*. <https://www.msf.mx/actualidad/mexicanos-desplazados-por-la-violencia-huyen-hacia-estados-unidos/>
- Mejía Ochoa, W. (2006). Significado económico de las prácticas transnacionales de los migrantes colombianos, con énfasis sobre los establecidos en Estados Unidos. En Ministerio de Relaciones Exteriores y Florida International University-Fiu, *Presencia Colombiana en Estados Unidos. Caracterización de la Población Inmigrante* (pp. 93-151).

- Méndez, E. (26 de febrero de 2024). De 2014 a 2023 se duplicó el número de presuntos feminicidios. *Periódico La Jornada*.
<https://www.jornada.com.mx/2024/02/26/politica/012n1pol#:~:text=La%20Jornada%3A%20De%202014%20a,el%20n%C3%BAmero%20de%20presuntos%20feminicidios&text=La%20violencia%20contra%20las%20mujeres,se%20calificaron%20como%20presuntos%20feminicidios.>
- Mendoza Sánchez, M. (2021). Secuelas de la pandemia. *Revista del Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades*, 11(4).
https://cevece.edomex.gob.mx/sites/cevece.edomex.gob.mx/files/files/docs/rev_cerca_ti/revista21_4.pdf Testimonial. En Gobierno de Estado de México.
- Mendoza, C. (3-8 de abril de 2009). *La construcción de circuitos y espacios sociales transnacionales en un “lugar en construcción”: El Valle de Chalco (México)*. Encuentro de Geógrafos de América Latina (EGAL). Montevideo, Uruguay.
- Menéndez, E. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, CIESAS, México.
- Menéndez, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, 30 de abril al 7 de mayo, 451-464.
- Menéndez, E. (1990). *Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones*. Cuaderno de la Casa Chata, CIESAS.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, E. (1998). Estilo de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, 16(46), 37-67.
- Menéndez, E. (2006). Desaparición, resignificación o nuevos desarrollos de los lazos y rituales sociales. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 27(107), 147-178.
- Menéndez, E. (2010). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Prohistoria ediciones. Argentina.
- Menéndez, E. (2012). Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina. Entrevistado por Ana Lucía de Moura Pontes. *Trabalho, Educação e Saúde*, 10(2), 335-345.

- Menéndez, E. (2016). Entrevista en el Trigésimo Primer Congreso de Medicina General, ciudad de Bariloche.
- Menéndez, E. (2018). Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional. *Salud Colectiva*, 14(3), 461-481.
- Menéndez, E. (2023). Determinantes sociales: teorías, exclusiones y saberes. *Revista de la Escuela de Antropología*, 32, 1-18. DOI 10.35305/rea.viXXXII.256
- Meneses, G. (2012). Rastros femeninos en el cruce clandestino de la frontera México-Estados Unidos. Algunos hechos, datos y sugerencias teóricas 1993-2011. En E. Tuñón y M. Rojas (Ccomp.), *Género y migración* (pp. 595-627). EL COLEF. México.
- Meneses, G. (2013). *El desierto de los sueños rotos. Detenciones y muertes de migrantes en la frontera México-Estados Unidos 1993-2013*. El Colegio de la Frontera Norte.
- Meza González, L. (2014). Mexicanos deportados desde Estados Unidos: Análisis de desde las cifras. *Migraciones Internacionales*, 7(4), 265-276. <https://migracionesinternacionales.colef.mx/index.php/migracionesinternacionales/article/view/663/217>
- Migration Policy Institute (2023). *State Immigration Data Profiles*. <https://www.migrationpolicy.org/programs/data-hub/state-immigration-data-profiles>
- Moncó, B. (2011). *Antropología de género*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Montoya-Ortiz, M. S., Granados-Alcantar, J. A. y Jauregui-Díaz, J. A. (2018). Migración internacional de retorno de Estados Unidos a México en un contexto de crisis económica y política. *Papeles de Población*, 24(95), 181-205.
- Moya, J. y Uribe, M. (2006). *Migración y salud en México: una aproximación a las perspectivas de investigación. 1996-2006*. Organización Panamericana de la Salud. Documento de trabajo.
- Mummert, G. (2019). *Michoacán. Retratos y relatos de migrantes*. El Colegio de Michoacán.
- National Association of Community Health Center (2023). What are Community Health Centers? The United States. Health Center Fact Sheet. https://www.hcadvocacy.org/wp-content/uploads/2023/03/CHCFactSheet_US_2023.pdf

- National Center for Farmworker Health (2022). *Datos sobre los trabajadores agrícolas*.
https://www.ncfh.org/uploads/3/8/6/8/38685499/spanish_facts_about_farmworkers_factsheet.pdf
- National Center for Farmworker Health (NCFH) (2023). *COVID-19 impact on agricultural workers*.
http://www.es.ncfh.org/uploads/3/8/6/8/38685499/spanish__y2q4_covid-19_fact_sheet_4.13.23.pdf
- Nigenda, G., Ruiz-Larios, J. A., Bejarano-Arias, R. M., Alcalde-Rabanal, J. E. y Bonilla-Fernández, P. (2009). Análisis de las alternativas de los migrantes mexicanos en Estados Unidos de América para atender sus problemas de salud. *Salud Pública de México*, 51(5), 407-416.
- Ojeda García, A. (2023). Consecuencias por la movilidad humana en migrantes: ¿Qué hacer para atender su salud mental y emocional? En Universidad Iberoamericana, *Posicionamiento sobre el contexto migratorio en México en 2022* (pp. 46-52). Ciudad de México.
- Olvera García, J., Montoya Arce, B. J. y González Becerril, J. G. (2014). Migración de jóvenes, adolescentes y niños mexiquenses a Estados Unidos: una lectura sociodemográfica. *Papeles de Población*, 20(81), 193-212.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11232148008>
- ONU Mujeres (2020). *Preguntas frecuentes: tipos de violencia contra las mujeres y las niñas*.
<https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
- ONU Mujeres México (2020). *Mujeres migrantes y refugiadas en el contexto de la Covid-19*.
<https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020-nuevo/abril-2020/mujeres-migrantes-y-refugiadas-en-el-contexto-de-la-covid19>
- ONU Mujeres México (2020a). *Covid-19 en América Latina y el Caribe: cómo incorporar a las mujeres y la igualdad de género en la gestión de la respuesta a la crisis*.
<https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2020/03/Briefing%20CoronavirusV1117032020.pdf>
- Organización Internacional para las Migraciones (2019). *Derecho internacional sobre migración. Glosario de la OIM sobre migración*.
<https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml-34-glossary-es.pdf>

- Organización Internacional para las Migraciones (2022). *Migrantes y Covid-19: cómo cuidar la salud mental*. <https://rosanjose.iom.int/es/blogs/migrantes-y-covid-19-como-cuidar-la-salud-mental>
- Organización Internacional para las Migraciones (2022a). *Perfil migratorio de México. Boletín anual 2022*. <https://mexico.iom.int/sites/g/files/tmzbd11686/files/documents/2023-03/Perfil%20Migratorio-%20Boletin%20Anual%202022%20%283%29.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1990). *Principios de higiene en la vivienda*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38629/9243561278_spa.pdf?
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Informe de la Secretaría*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/2440/B124_9-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Alimentación sana*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Directrices de la OMS sobre vivienda y salud. Resumen de orientación*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-CED-PHE-18.10>
- Organización Mundial de la Salud (2018c). *Informe mundial sobre la violencia y la salud. Sinopsis*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67411/?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (2023). *Información básica sobre la Covid-19*. <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2020). *Situación de salud mental en la población migrante y otras poblaciones en situación de vulnerabilidad en Colombia. Junio 2018 a noviembre 2019*. <https://reliefweb.int/report/colombia/situacion-de-salud-mental-en-la-poblacion-migrante-y-otras-poblaciones-en-situacion>
- Osorio Carranza, R. M. (2001). *Entender y atender la enfermedad: los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. INA, CIESAS, INI (Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana), México.

- Pardo Montaña, A. M. (2015). Migración internacional y desarrollo. Aportes desde el transnacionalismo. *Revista de Estudios Sociales*, (54), 39-51. <http://www.scielo.org.co/pdf/res/n54/n54a04.pdf>
- Pasarin, L. (2011). *Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos de salud/enfermedad/atención*. En Los aportes del Análisis de Redes Sociales a la Psicología. Mendoza (Argentina): Editorial de la Universidad del Aconcagua.
- Pérez Oseguera, M. L., Coppe Gorozope, L., Pérez Petrone, T. y Trujillo Viruega, T. (2008). Mujeres migrantes y violencia. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SICIOTAM*, 18(1), 229-250. <https://www.redalyc.org/pdf/654/65411190011.pdf>
- Pérez, M. (17 de enero de 2024). Suman 171,085 homicidios en el sexenio de AMLO. *El economista*. <https://www.economista.com.mx/politica/Suman-171085-homicidios-en-el-sexenio-de-AMLO-20240117-0008.html>
- Pestaña de Martínez, P. (2004). Aproximación conceptual al mundo de los valores. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 2(2), 67-82. <https://www.redalyc.org/pdf/551/55120206.pdf>
- Pew Research Center (2023). *U.S. Hispanic Population Detailed Tables*. <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1vxtpbCROMbOhemXCb4g8ZukOpGLjWtAv/edit#gid=534620146>
- Phillips, C. (2020). La falta de servicios de salud mental para personas refugiadas es un escándalo global. *Amnistía Internacional*. <https://www.amnesty.org/es/latest/press-release/2020/10/lack-of-mental-health-services-refugees-global-scandal/>
- 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. *J Immigrant Minority Health*. 23(5), 1053-1064.
- Pinillos, G. (2020). Movilidad y ciudadanía de frente a la pandemia. En C. Masferrer (Coord.), *Migración y desigualdades ante Covid-19: Poblaciones vulnerables y redes de apoyo en México y Estados Unidos* (pp. 12-13). El Colegio de México. https://migdep.colmex.mx/publicaciones/COVID-19_Poblaciones-Vulnerables-Redes-Apoyo.pdf

- Polo Velázquez, A. M. (2009). *Las motivaciones de migración en adolescentes del sur del Estado de México*. [(Tesis de Maestría, Universidad Iberoamericana)]. <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/015166/015166s.pdf>
- Portal de Datos sobre Migración (2022). *Datos sobre migración relevantes para la pandemia de Covid-19*. <https://www.migrationdataportal.org/es/themes/datos-sobre-migracion-relevantes-para-la-pandemia-de-covid-19>
- Portal de Datos sobre Migración (24 de abril de 2024). *Género y migración*. <https://www.migrationdataportal.org/es/themes/genero-y-migracion>
- Portes, A. (2001). Introduction: the debates and significance of immigrant transnationalism. *Global Networks: A Journal of Transnational Affairs*, 1(3), 181-194.
- Portes, A., Guarnizo, L. E. & Landolt, P. (1999). The study of transnationalism: pitfalls and promise of an emergent research field. *Ethnic and Racial Studies*, 22(2), 217-237.
- Pretell Díaz, A. M. (2016). Tutela jurisdiccional de las víctimas de violencia familiar y el control difuso de convencionalidad. [Tesis de Maestría, Universidad Privada Antenor Orrego, Sección de Posgrado en Derecho. Perú]. https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/2358/REP_MAEST.DER_E_ALICIA.PRETELL_TUTELA JURISDICCIONAL.V%c3%8dCTIMAS.VIOLENCIA.FAMILIAR.CONTROL.DIFUSO.CONVENCIONALIDAD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2020). *Nota técnica: Los impactos económicos del Covid-19 y las desigualdades de género. Recomendaciones y lineamientos de políticas públicas. Panamá*.
- Pujadas, J. (2000). El método biográfico y los géneros de memoria. *Revista de Antropología Social*, (9), 127-158. <https://www.redalyc.org/pdf/838/83800907.pdf>
- Quintanar Olguín, F. (2022). *Manual para la promoción de la salud mental en personas migrantes y posibles efectos de la Covid-19*. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México. <https://home.ciess.org/wp-content/uploads/2022/10/CASBSS-Manual-para-promocio%CC%81n-de-la-salud-mental.pdf>
- Raffaelli, M. & Wiley, A. R. (2012). Challenges and Strengths of Immigrant Latino Families in the Rural Midwest. *Journal Family Issues*, 34(3), 347-372.

- Ramírez Hita, S. (2009). La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. *Salud Colectiva*, 5(1), 63-85.
<https://www.redalyc.org/pdf/731/73111117005.pdf>
- Ramos, A. (6 de agosto de 2021). Los servicios de salud disponibles para migrantes indocumentados en Estados Unidos. *CNN Español*.
<https://cnnespanol.cnn.com/2021/08/06/servicios-de-salud-para-inmigrantes-indocumentados-estados-unidos-orix/>
- Razo Sánchez, A. (2020). *Estrategias de reproducción social para la reinserción laboral de la población migrante deportada en Tenancingo de Degollado, durante el periodo 2017-2020* [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Ciencias de la Conducta].
http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/109349/TESIS%20Razo%20Sanchez%20Armando_removed.pdf;jsessionid=BD2DB56AF3D105684AD2A45776BDDBE1?sequence=6
- Rea, D., Carrión, L. y Salmerón, C. (14 de marzo de 2024). Las huellas de los feminicidios en la Ciudad de México. *Naciones Unidas México*. <https://mexico.un.org/es/263409-las-huellas-de-los-feminicidios-en-la-ciudad-de-m%C3%A9xico>
- Red por los Derechos de la Infancia en México (REDIM) (23 de enero de 2024). Violencia vicaria contra las mujeres y adolescentes en México. *REDIM*.
<https://blog.derechosinfancia.org.mx/2024/01/23/violencia-vicaria-contra-mujeres-y-ninas-ninos-y-adolescentes-en-mexico-a-enero-de-2024/>
- Redacción (11 de mayo de 2020). Incrementa Edomex su infraestructura hospitalaria para atender a más enfermos COVID-19: Alfredo del Mazo. *El Financiero*.
<https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/incrementa-edomex-su-infraestructura-hospitalaria-para-atender-a-mas-enfermos-de-covid-19-alfredo-del-mazo/>
- Regents of the University of California y Secretaría de Salud (7 de octubre de 2007). *Migración, salud y trabajo: datos frente a los mitos*. 1ª ed. México: University of California y Secretaría de Salud.
- Rendón, E. (1 de noviembre de 2017). Migración: un modelo para el retorno. *Nexos*.
<https://www.nexos.com.mx/?p=34402>

- Reyes Ramos, M. y Meza Jiménez, M. (2021). Cambios en los estilos de vida durante el confinamiento por COVID-19. *CIENCIA ergo-sum*, número especial “SARS-CoV-19”, 8(4), 1-13.
- Riaño, Y. y Richter, M. (14-15 de febrero de 2008). *Cuáles podrían ser enfoques conceptuales apropiados para el estudio de las prácticas transnacionales de los migrantes. El potencial de las perspectivas de espacio social transnacional y de la interseccionalidad de clase, etnicidad y género*. Simposio Internacional «Nuevos retos del transnacionalismo en el estudio de las migraciones», Barcelona.
- Riediger-Röhm, L. (2013). ¿México: ruta de la muerte o camino hacia una vida mejor? *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 8(16), 167-182. <https://ibero.mx/iberoforum/16/pdf/ESPANOL/7-DOSSIER-IBEROFORUM-NO16.pdf>
- Rivero, P. J. (2018). *Migración de retorno desde una perspectiva transnacional. Un análisis multinivel sobre los procesos de decisión de los argentinos que retornan desde España*. [Tesis de doctorado. Universidad de Córdoba, Facultad de Ciencias Sociales, Centro de Estudios Avanzados].
- Rodríguez-Becerra, S. (2012). El ciclo de la vida. Fiesta y ritos de transición. *Mètode*, (75), 69-73.
- Rodríguez-Quiroga, A., Buiza, C., Álvarez de Mon, M.A y Quintero, J. (2020). COVID-19 y salud mental. *Medicine*, 13(23), 1285-1296. <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.12.010>
- Rodríguez, O. (2022). ¿De dónde salieron y a dónde se fueron? Migración interna de regiones de alta violencia en México en las últimas décadas. *EURE*, 48(144), 1-23. <https://www.eure.cl/index.php/eure/article/view/EURE.48.144.12/1450>
- Rouse, R. (1991). Mexican migration and the social space of postmodernism. *Diaspora: A Journal of Transnational Studies*, 1(1), 8-23.
- Rylko-Bauer, B, Whiteford, L. & Farmer, P. (2009). *Global Health in Times of Violence*. Santa Fe: School for Advanced Research Advanced Seminar Series.
- Saavedra Solano, N., Berenzón Gorn, S. & Galván Reyes, J. (2023). “I Don’t Want to Be Here.” returning from the U.S. to Mexico and emotional distress: A qualitative study. *Journal of Migration and Health*, 7.

- Sacchi, M., Hausberger, M. y Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 3(3), 271-283.
- Salas Alfaro, R., Jardón Hernández, A. E. y Murguía Salas, V. (2019). Migración internacional de retorno en el Estado de México. *Región y Sociedad*, 31, el085. <https://regionysociedad.colson.edu.mx:8086/index.php/rys/article/view/1085/1529>
- Salas Alfaro, R. y Jiménez Quesada, Y. (2017). La vivencia del duelo entre los migrantes internacionales del Estado de México. En F. C. Betancourt Higareda (Coord.), *Reflexiones sobre el Estado de derecho, la seguridad pública y el desarrollo* (185-200). Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas. Serie Doctrina Jurídica, núm. 808.
- Salgado de Snyder, V. N., González Vázquez, T., Bojórquez Chapela, I. e Infante Xibillé, C. (2007). Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos. *Salud Pública de México*, 49, 8-10. <https://www.redalyc.org/pdf/106/10649004.pdf>
- Saltijeral, M. T., Ramos, L. y Caballero, M. A. (1998). Las mujeres que han sido víctimas de maltrato conyugal: tipos de violencia experimentada y algunos efectos a la salud mental. *Salud Mental*, 21(2), 10-18.
- Sánchez Márquez, G. y López Miguel, M. J. (2008). Ansiedad y modos de aculturación en la población migrante. *Apuntes de Psicología*, 26(3), 399-410. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/162/164>
- Santillanes Allande, N. I. (2017). *El proceso de salud/enfermedad/atención de la depresión en mujeres migrantes mexicanas que residen en la ciudad de Nueva York*. [Tesis de Doctorado, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social]. <https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1015/591/1/TE%20S.A.%202017%20Nadia%20Irina%20Santillanes%20Allande.pdf>
- Santillanes Allande, N. I. (2021). Relación entre la violencia y depresión en mujeres migrantes a través de las experiencias en los servicios de atención. *Salud Colectiva*. Universidad Nacional de Lanús. <https://www.scielo.org/pdf/scol/2021.v17/e3054/es>

- Sanz Hernández, A. (2005). El método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales, *Revista Asclepio*, 57(1), 99-115. <https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/32/31>
- Savedra, M. (28 de septiembre de 2023). Chicago sees a record 27 migrant buses arrive in less than a week. *Block Club Chicago*. <https://blockclubchicago.org/2023/09/28/chicago-sees-27-migrant-buses-arrive-in-less-than-a-week-a-new-record/>
- Schmalzbauer, L. (2008). Family divided: the class formation of Honduran transnational families. *Global Networks* 8(3), 329-346.
- Secretaría de Gobernación (2023). *Lineamiento general para la mitigación y prevención de Covid-19 en espacios públicos abiertos*. Gobierno de México.
- Secretaría de Gobernación y Consejo Nacional de Población (2013). *Migración y salud. Inmigrantes mexicanos en Estados Unidos*. México.
- Secretaría de Relaciones Exteriores (2020). *El Programa de Trabajadores Agrícolas Temporales México - Canadá (PTAT)*. <https://www.gob.mx/sre/acciones-y-programas/el-programa-de-trabajadores-agricolas-temporales-mexico-canada-ptat>
- Secretaría de Relaciones Exteriores (2023). *Casos de personas fallecidas en su intento de cruce indocumentado a EUA*. Consulado de México en la Frontera con EUA, Sistema de Protección Consular. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/personas-mexicanas-fallecidas-en-su-intento-de-cruce-indocumentado-a-estados-unidos>
- Secretaría de Salud (2020). *Lineamiento de Reconversión Hospitalaria*. Gobierno de México. <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>
- Secretaría General del SICA (2016). *Factores de riesgo y necesidades de atención para las mujeres migrantes en Centroamérica. Estudio de actualización sobre la situación de la violencia contra las mujeres migrantes en la ruta migratoria en Centroamérica*. Proyecto B.A.1. Prevención de la violencia contra las mujeres en Centroamérica. https://oig.cepal.org/sites/default/files/mujeres_migrantes_centroamerica.pdf
- Seppilli, T. y Otegui, R. (2005) Antropología Médica Crítica. Presentación. *Revista de Antropología Social*, 14, 7-13.

- Serrano, M. (2020). De “momento mexicano” a la realidad de la violencia político-criminal. *Foro Internacional*, 60(2), 791-852.
<https://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/view/2739>
- Sierra García, A. (22 de marzo de 2021). Migrantes, entre los más afectados por la Covid-19. *GACETA UNAM*. <https://www.gaceta.unam.mx/migrantes-entre-los-mas-afectados-por-la-covid-19/#>
- Sin Fronteras IAP (2004). *Violencia y mujeres migrantes en México*. <https://sinfronteras.org.mx/wp-content/uploads/2018/12/Violencia-y-mujeres-migrantes-en-M%C3%A9xico.-Sin-Fonteras-I.A.P.-Agosto-de-2004.-1.pdf>
- Sin Fronteras IAP (2017). *Salud mental y movilidad humana: 20 años de experiencia, reflexiones desde Sin Frontera IAP*. México.
- Soberano Serrano, A. A. y Reyes-Foster, B. M. (2019). Diagnóstico del capital social de los migrantes mexicanos en el Consulado de Orlando. *Tla-Melaua Revista de Ciencias Sociales*, 13, 144-163.
- Statista (2023). *Número de personas fallecidas a causa del coronavirus en el mundo a fecha del 8 de agosto de 2023, por país*. <https://es.statista.com/estadisticas/1095779/numero-de-muertes-causadas-por-el-coronavirus-de-wuhan-por-pais/>
- Tejada Zabaleta, A. (2005). Agenciación humana en la teoría cognitivo social: definición y posibilidades de aplicación. *Pensamiento Psicológico*, 1(5), 117-123.
<https://www.redalyc.org/pdf/801/80100510.pdf>
- The WHO European Centre for Environment and Health (2012). *Environmental health inequalities in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Torres, J. M. & D. Young, M. E. (2016). A life-course perspective on legal status stratification and health. *SSM - Population Health*, 2, 141-148.
- Triveno, L. y Nielsen, O. (18 de marzo de 2020). ¡Hogar, sano hogar! *Grupo Banco Mundial*.
<https://blogs.worldbank.org/es/voices/tres-maneras-de-mejorar-las-condiciones-de-vivienda>
- Ullmann, S. H., Goldman, N. & Massey, D. S. (2011). Healthier before they migrate, less healthy when they return? The health of returned migrants in Mexico. *Social Science & Medicine*, 73(3), 421-428.

- Unidad de Política Migratoria (2015-2023). *Boletín mensual de estadísticas migratorias*. https://portales.segob.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/Boletines_Estadisticos
- Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (2023). *Plataforma de información geográfica de la UNAM sobre COVID-19 en México*. <https://covid19.ciga.unam.mx/>
- Valle, V. M., Gandoy Vázquez, W. L. y Valenzuela Moreno, K. A. (2020). Ventanillas de Salud: desafíos en el acceso a servicios de salud de inmigrantes mexicanos en EE. UU. *Estudios Fronterizos*, 21, e043.
- Vargas Bustamante, A., Chen, J., McKenna, R. M. & Ortega, A. N. (2018). Health Care Access and Utilization Among U.S. Immigrants Before and After the Affordable Care Act. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(2), 211-218. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6177328/>
- Vargas-Arenas, I. (1985). Modo de vida: categoría de las mediaciones entre formación social y cultural. *Boletín de Antropología Americana*, (12), 5-16.
- Vega Briones, G. (2016). Problemas actuales de sobrepeso entre los migrantes mexicanos. *Migraciones Internacionales*, 8(4), 201-230.
- Velasco, L. y Gianturco, G. (2015). Migración internacional y biografías multiespaciales: una reflexión metodológica. En M. Ariza y L. Velasco (Coord.), *Métodos cualitativos y su aplicación empírica* (pp. 115-150). Universidad Nacional Autónoma de México, El Colegio de la Frontera Norte.
- Velasco, L. y Coubès, M. L. (2013). *Reporte sobre dimensión, caracterización y áreas de atención a mexicanos deportados desde Estados Unidos*. Reporte, Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte. https://www.colef.mx/doc_coyuntura/reporte-sobre-dimension-caracterizacion-y-areas-de-atencion-mexicanos-deportados-desde-estados-unidos/
- Vilar Peyrí, E. y Eibenschutz Hartman, C. (2007). Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá (Colombia), 6 (13), pp. 11-32. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v6n13/v6n13a02.pdf>
- Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1-17.

- Washington Office on Latin America (WOLA) (2020). U.S. and Mexico must urgently address impact of ongoing deportations and expulsions during COVID-19. WOLA.ORG. <https://www.wola.org/2020/05/usa-mexico-ongoing-deportations-expulsions-covid-19/>
- Wharton, A. S. (2005). *The sociology of gender. An introduction to theory and research*. Blackwell Publishing.
- Willers, S. (2016). Migración y violencia: las experiencias de mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México. *Sociológica*, 31(89), 163-195.
- World Health Organization (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health Discussion Paper 2* (Debates, Policy & Practice, case studies). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- York, J. (2022). How Covid-19 has made life more dangerous for migrant workers. *Global Migration Data Portal*. <https://www.migrationdataportal.org/blog/how-covid-19-has-made-life-more-dangerous-migrant-workers>
- Yuval-Davis, N. (2006). Intersectionality and feminist politics. *European journal of women's studies*, 13(3), 193-209.
- Zapata Garibay, R., González-Fagoaga, J. E., Rangel Gómez, M. G. y Gallardo Torres, G. C. (2021b). Aspectos de la salud de los mexicanos en Chicago. En R. Cruz Piñeiro y R. Zapata-Garibay (Coord.), *¡Vivir en el norte! Condiciones de vida de los mexicanos en Chicago*. El Colegio de la Frontera Norte.
- Zapata Villa, C., Agudelo Suárez, A. A., Cardona Arango, D. & Ronda-Pérez, E. (2018). Health status and experience of migrant workers returned from Spain to Colombia: a qualitative approach. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20, 1404-1414. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0684-3>
- Zapata-Garibay, R. (2021). Introducción. ¡Vivir en el norte! Compleja realidad de los mexicanos en Chicago. En R. Cruz Piñeiro y R. Zapata-Garibay (Coord.), *¡Vivir en el norte! Condiciones de vida de los mexicanos en Chicago*. El Colegio de la Frontera Norte.
- Zapata-Garibay, R., González-Fagoaga, J. E. y Cruz Piñeiro, R. (2021a). Características sociodemográficas de los mexicanos residentes en Chicago. En R. Cruz Piñeiro y R.

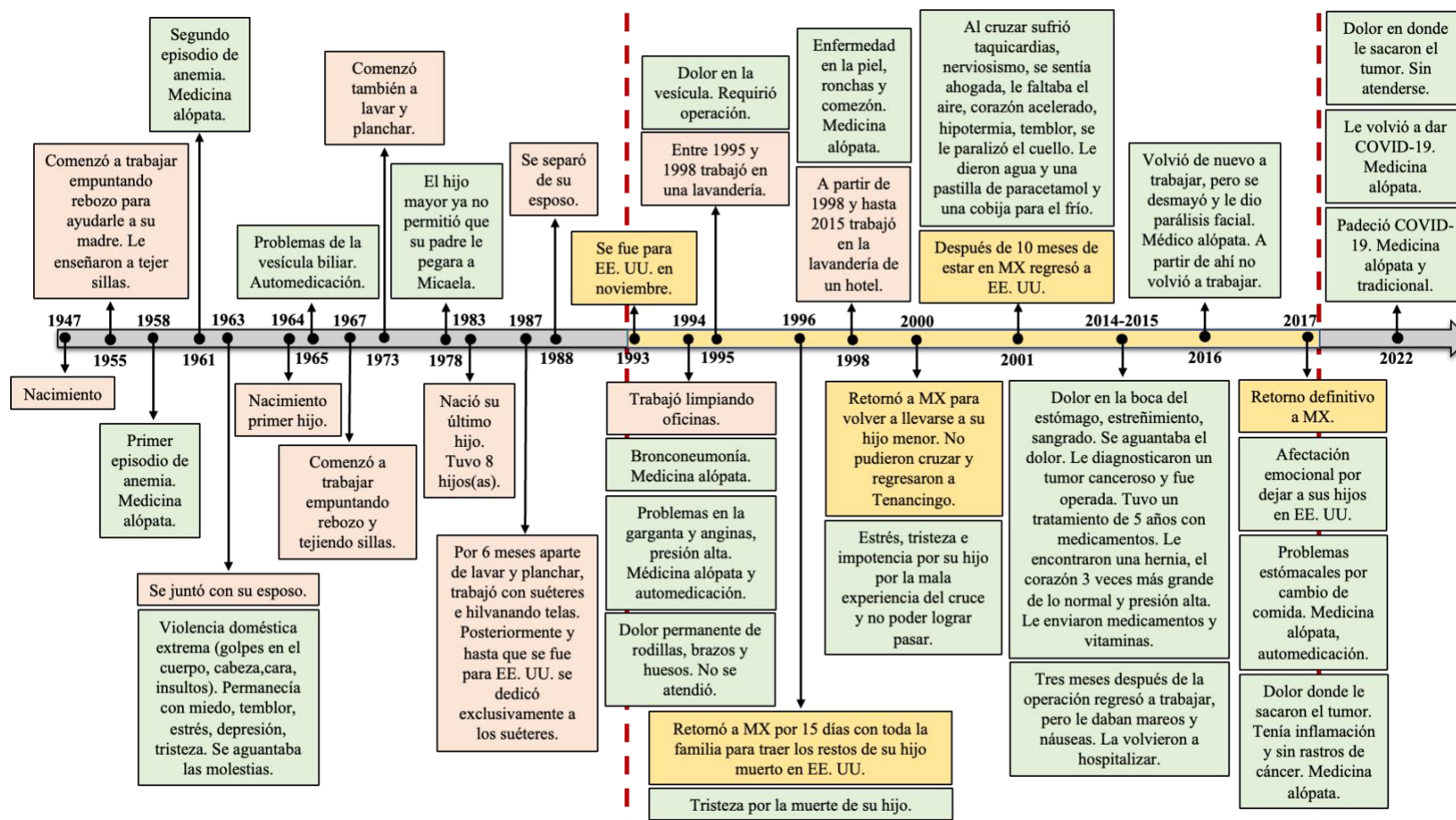
Zapata-Garibay (Coord.), *¡Vivir en el norte! Condiciones de vida de los mexicanos en Chicago*. El Colegio de la Frontera Norte.

- Zarza, M. J. y Sobrino Prados, M. I. (2007). Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: Una revisión bibliográfica. *Anales de psicología*, 23(1), 72-84. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16723110.pdf>
- Zimmerman, C., Kiss, L. & Hossain, M. (2011). Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLOS Medicine*, 8(5), e1001034. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3101201/pdf/pmed.1001034.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

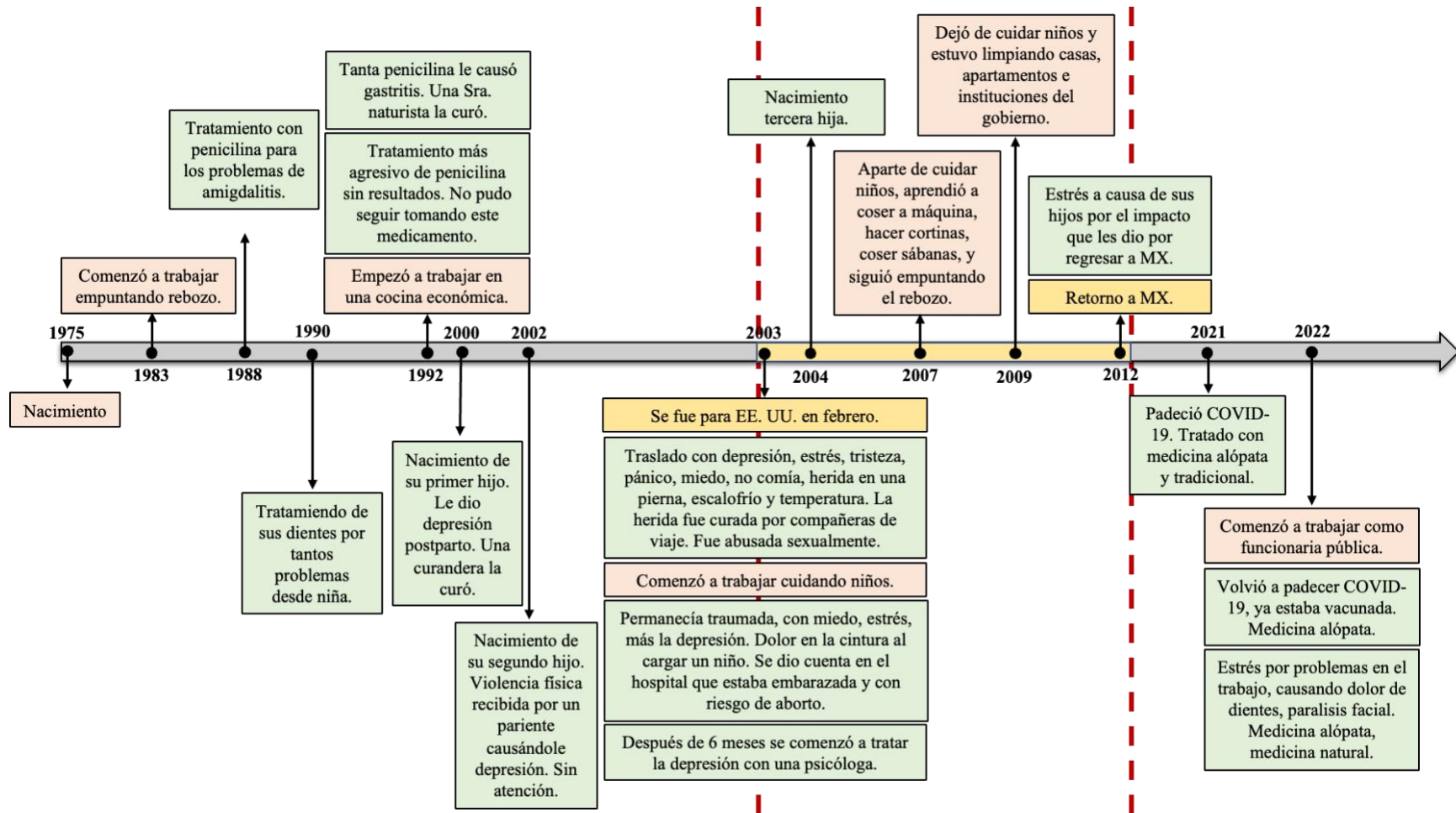
Itinerario terapéutico en la trayectoria migratoria, laboral y de vida de Micaela



Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a Micaela.

Anexo 2

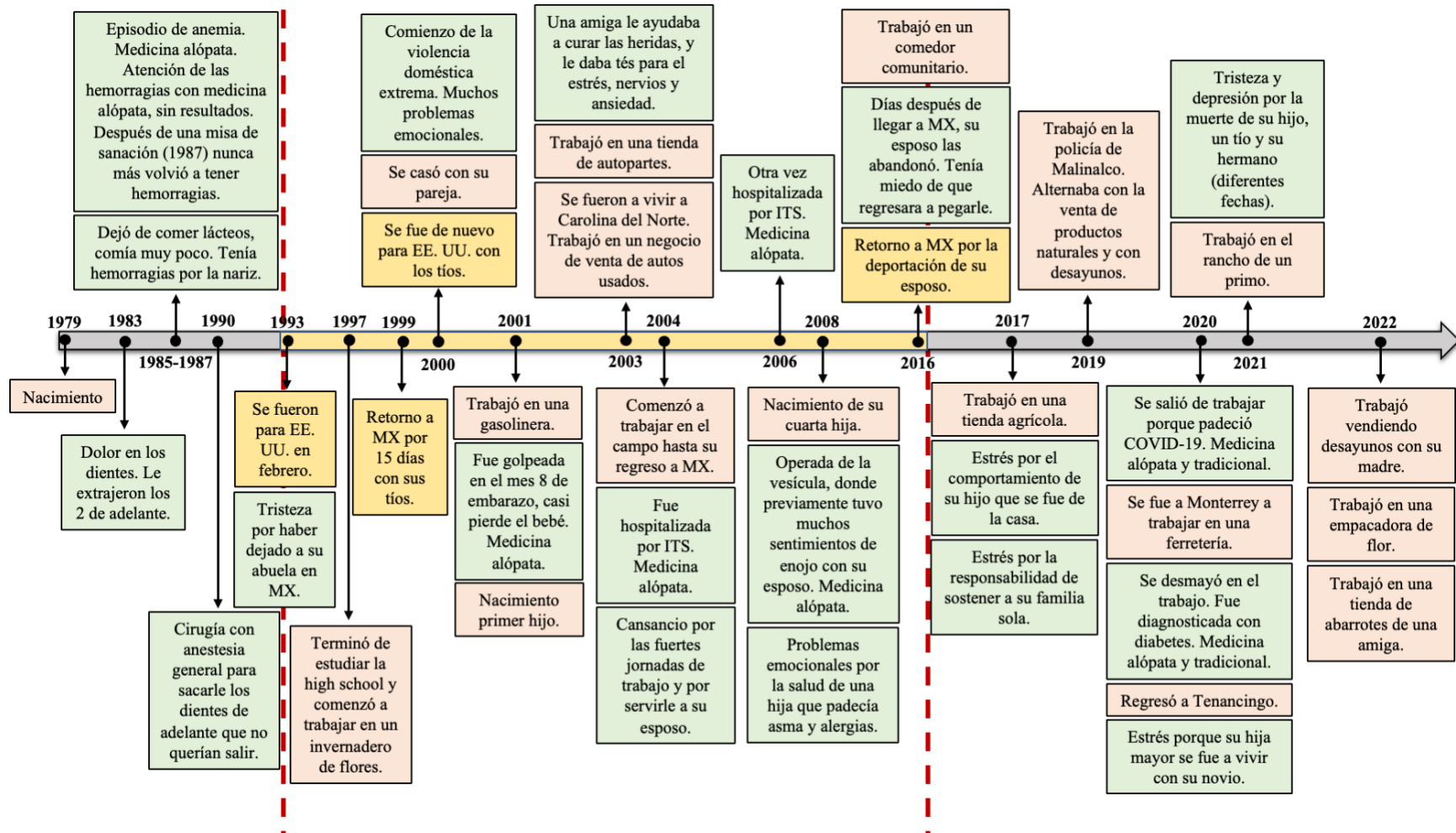
Itinerario terapéutico en la trayectoria migratoria, laboral y de vida de Azucena



Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a Azucena.

Anexo 3

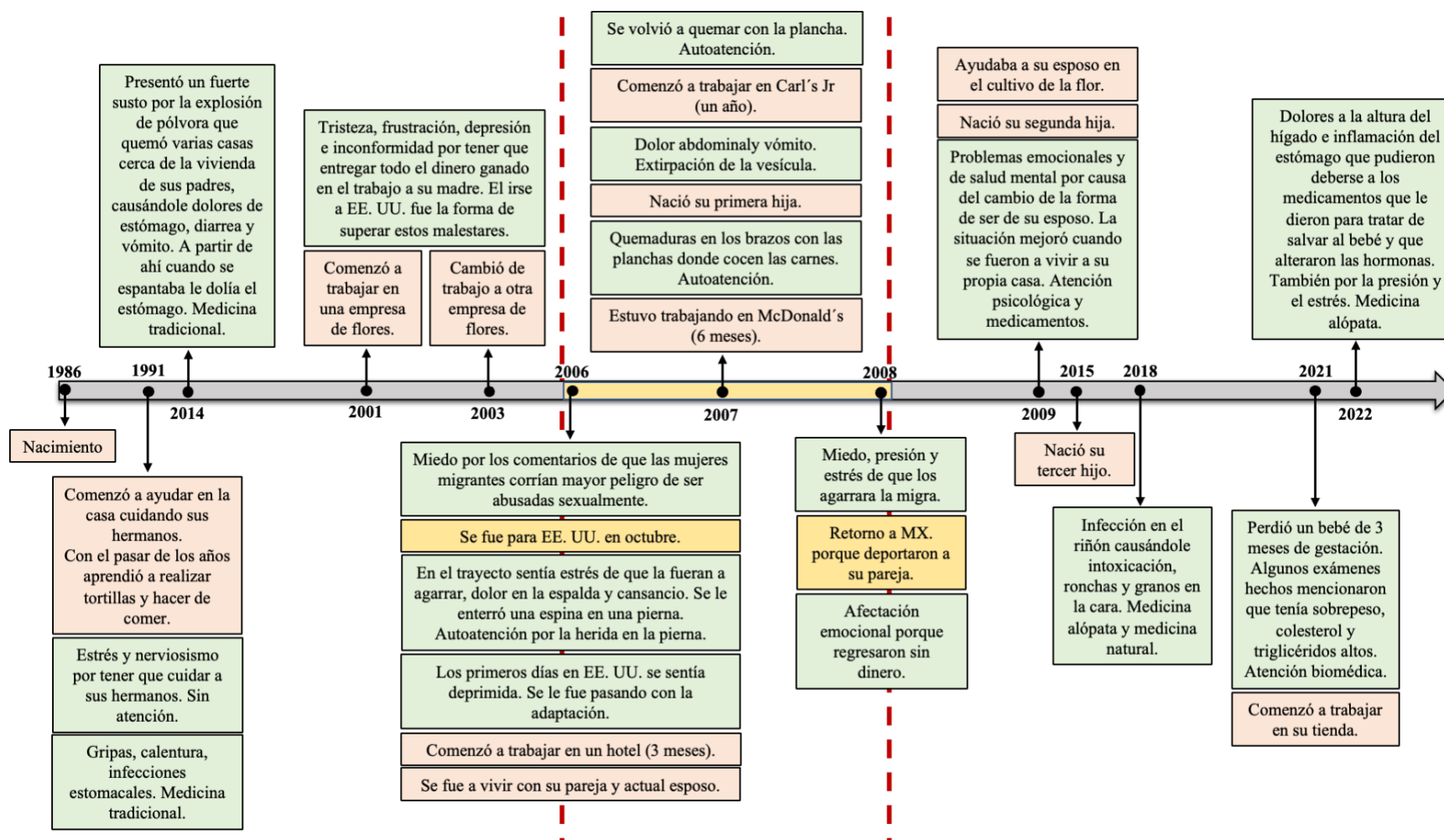
Itinerario terapéutico en la trayectoria migratoria, laboral y de vida de Mary



Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a Mary.

Anexo 4

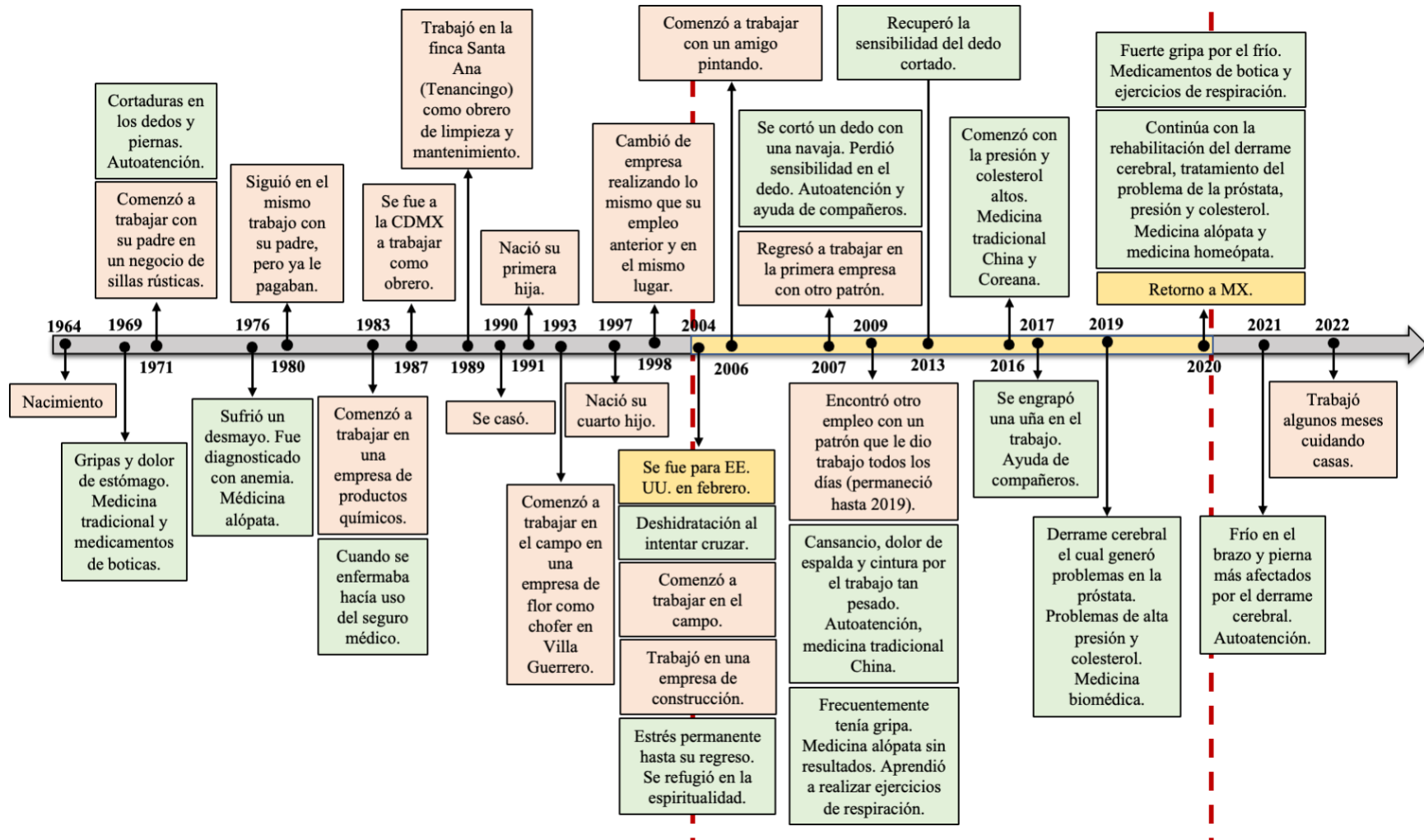
Itinerario terapéutico en la trayectoria migratoria, laboral y de vida de Adriana



Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a Adriana.

Anexo 5

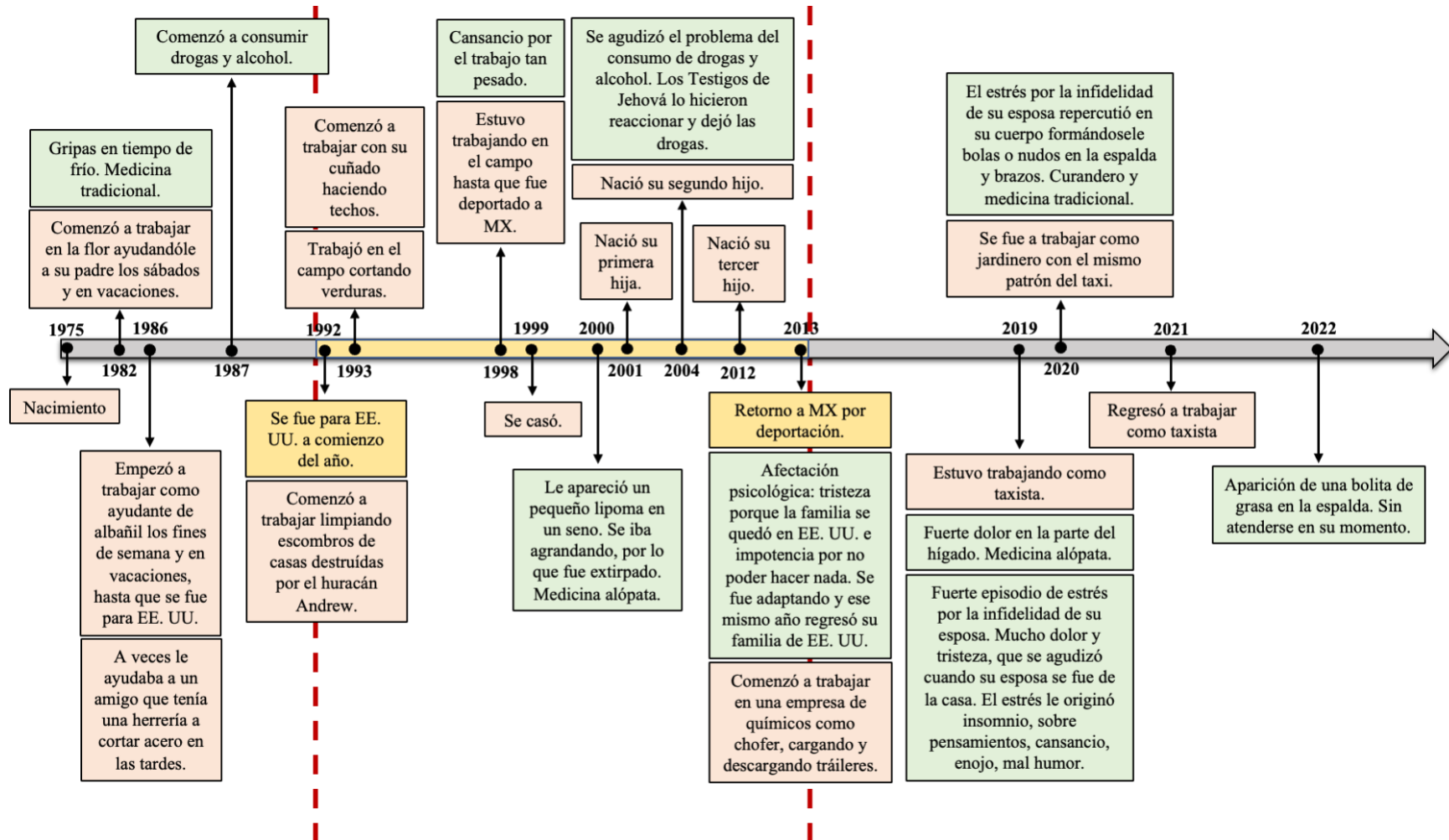
Itinerario terapéutico en la trayectoria migratoria, laboral y de vida de Erasto



Fuente: Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a Erasto.

Anexo 6

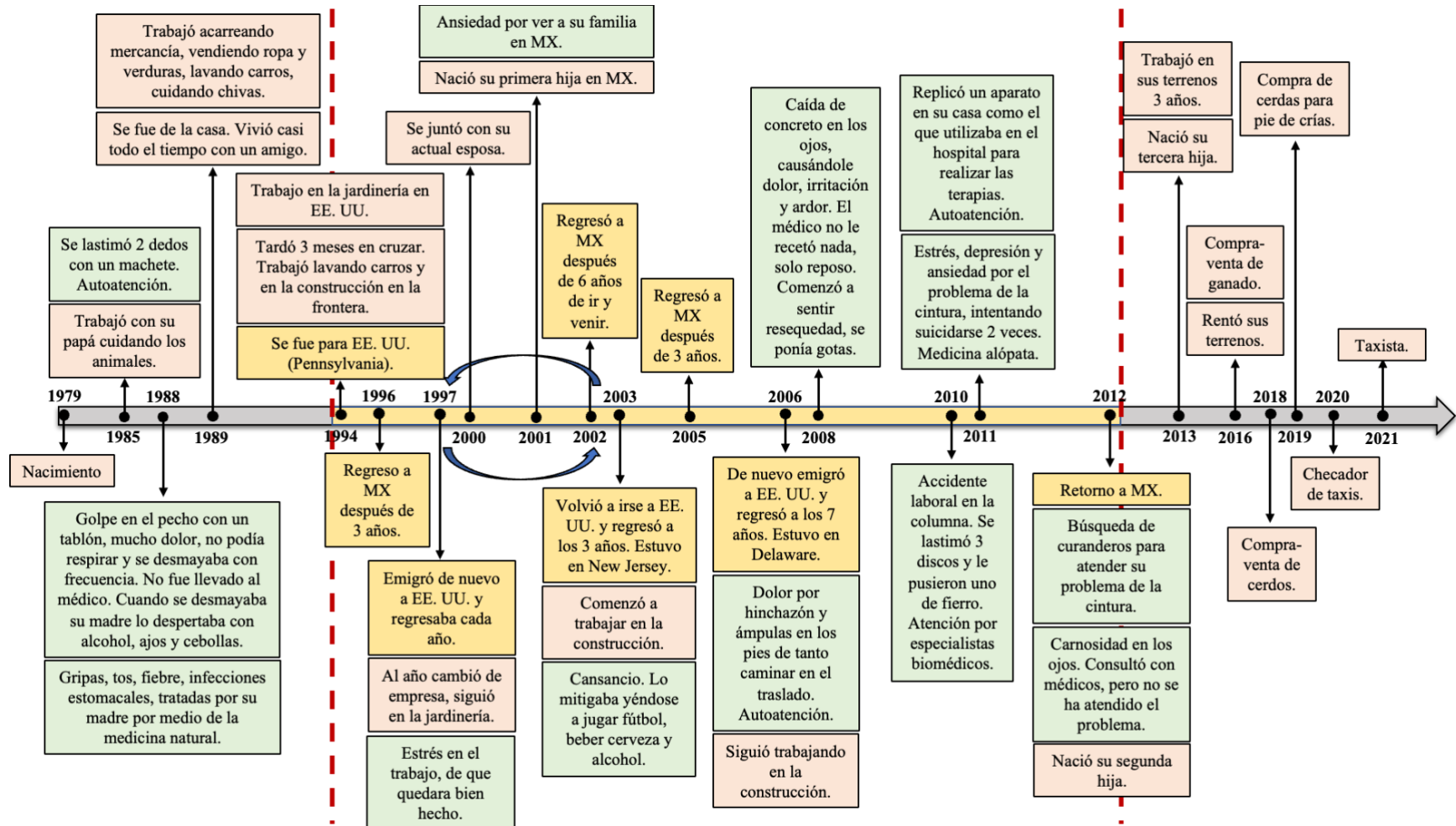
Itinerario terapéutico en la trayectoria migratoria, laboral y de vida de Norberto



Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a Norberto.

Anexo 7

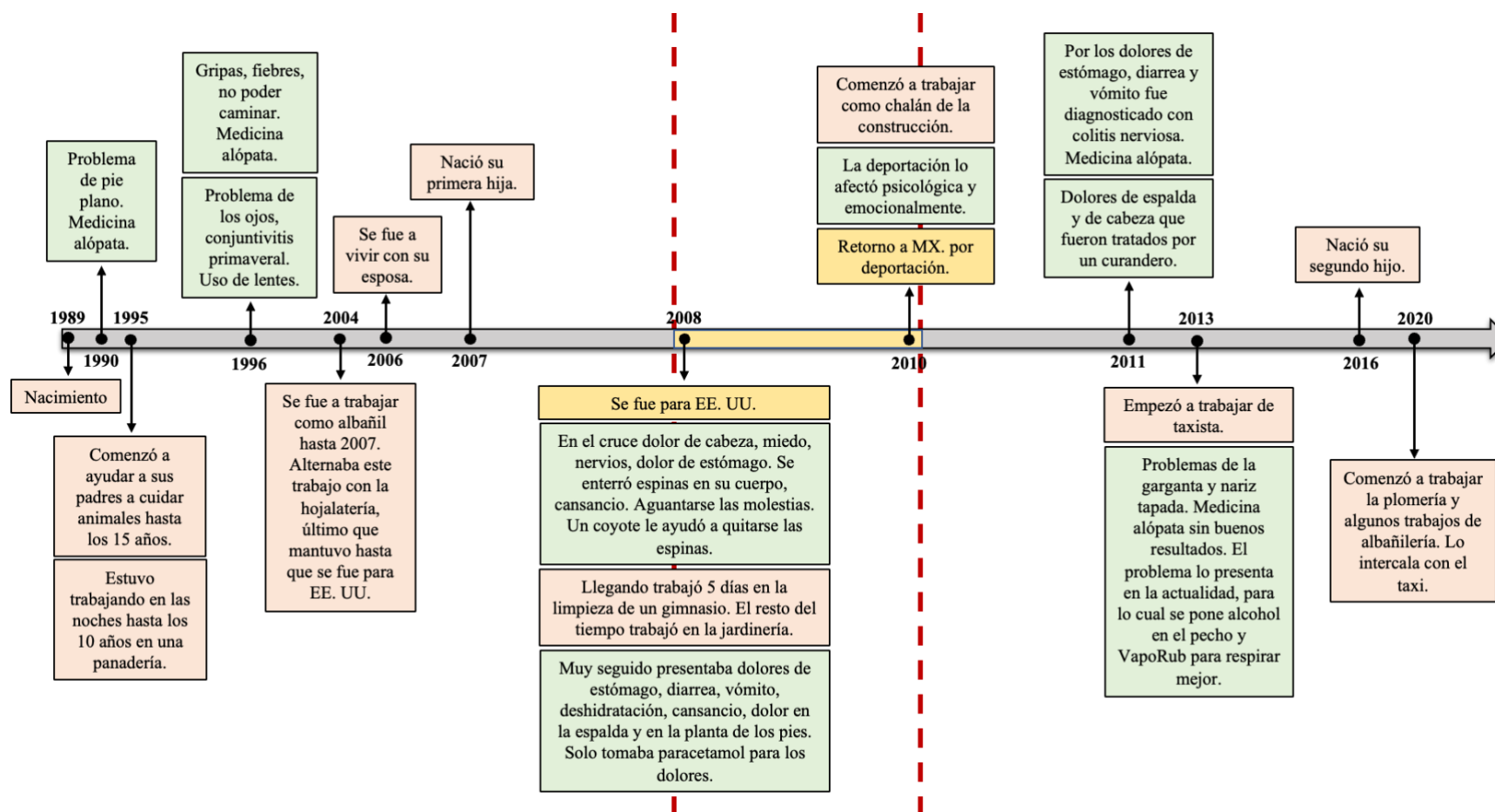
Itinerario terapéutico en la trayectoria migratoria, laboral y de vida de Alberto



Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a Alberto.

Anexo 8

Itinerario terapéutico en la trayectoria migratoria, laboral y de vida de Esteban



Fuente. Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a Esteban.