

SALUD MENTAL Y MIGRACIÓN: UNA PROPUESTA BINACIONAL

Informe Narrativo para

CMHI-UC MEXUS



**Dra. Ma. Elena Medina-Mora I.
Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz.**

**Dr. Kurt Organista.
Social Welfare.
University of California, Berkeley.
Berkeley, CA 94720-7400**

Marzo 3, 2006

OTROS PARTICIPANTES ACADÉMICOS

**Sergio Aguilar-Gaxiola, M.D., Ph.D.
University of California, Davis**

**M. C. Rosa María Aguilera-Guzmán
Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz.**

ESTUDIANTES EN PROCESO DE TITULACIÓN

**Cynthia Alvarado González.
María Cristina Núñez Martínez.
Facultad de Psicología.
Universidad Nacional Autónoma de México.**

AGRADECIMIENTOS



A todos los pobladores de la comunidad de Tziritzícuaró, especialmente a los del Barrio de San Lorenzo y Nativitas, ya que sin su participación no hubiera sido posible esta experiencia enriquecedora para todos.

A las autoridades municipales de Maravatío de Ocampo Michoacán, por permitir la realización de nuestro trabajo.

A las autoridades del Hospital Balbuena y del Sistema Desarrollo Integral de la Familia (DIF) de Maravatío por acercarnos a los profesionales de Salud Mental y a las Promotoras de Salud Mental Comunitaria del municipio.

A Cynthia Alvarado y Ma. Cristina Núñez, por su valiosa colaboración en el trabajo de campo.

Al Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, por supervisar el trabajo realizado.

Reiteramos de manera especial nuestro agradecimiento a CMHI-UC MEXUS, CONACYT, SS México y FUMEC por su interés en el bienestar de los emigrantes mexicanos en EUA y de sus familiares en las comunidades de origen mexicanas.

RESUMEN

El fenómeno migratorio es una de las situaciones más complejas en la relación México-Estados Unidos de Norteamérica (EUA). Implica la separación física de los miembros de la unidad familiar, que por buscar mejores condiciones materiales de vida, provoca múltiples malestares emocionales que han sido reportados en la literatura especializada en ambos países, tanto en adultos (Alderete y col, 1999; Vega y col, 1998; Salgado, 1994a, Salgado, 1994 b; Moctezuma, 2001; López, 2003), como en niños y adolescentes (Guarnaccia, s/f, López, 1997; Aguilera 2001, López y Díaz, 2003, Aguilera 2004a, Aguilera, 2004b). Debido a la poca o nula infraestructura de salud presente en las comunidades rurales, los pobladores afectados por estos malestares recurren a familiares, amigos, sacerdotes, médicos generales y curanderos en busca de apoyo (Peifer y col, 2000; Salgado 2002; Berenzon, 2002).

Sin embargo, existen programas de intervención comunitaria que han probado ser útiles en países y comunidades con bajos recursos económicos. Pueden mitigar el sufrimiento asociado a estas situaciones de vida al incorporar a promotoras de salud mental comunitaria que compartan antecedentes socioculturales con la población participante (Cohen, Kleinman y Saraceno, 2002).

El objetivo general de este trabajo fue desarrollar una intervención educativa comunitaria acorde con las condiciones socioculturales de una comunidad rural mexicana con alto índice de expulsión migratoria de trabajadores agrícolas al Valle de California en EUA.

Estuvo orientada a la identificación, prevención y canalización de necesidades de salud mental; utilizó factores de protección presentes en la comunidad e infraestructura de salud existente y obtuvo elementos de comprensión sociocultural sobre la vivencia de dichos malestares para retroalimentar, tanto a los profesionales que brindan servicios de salud mental a los jornaleros agrícolas mexicanos en California EUA, como a los que lo hacen con sus familiares en México.

Sus objetivos específicos fueron:

- a) Investigar las formas en que los pobladores de la comunidad seleccionada definen, identifican y enfrentan los malestares de salud mental asociados a la migración.
- b) Aumentar la conciencia y el conocimiento sobre la prevención y tratamiento de dichos malestares.
- c) Reducir el estigma asociado a la enfermedad mental.
- d) Aumentar el acceso a los servicios de salud mental y disminuir las barreras modificables.
- e) Colaborar en mejorar la efectividad de los servicios de salud con el desarrollo de un sistema integral de referencias.
- f) Incorporar a las promotoras de salud comunitaria en la identificación, prevención y canalización de los malestares emocionales detectados.

INTRODUCCIÓN

Contexto Global

Se ha afirmado que la historia de la humanidad es la historia de las migraciones. Diversos investigadores sociales señalan que el Siglo XXI se caracterizará por grandes movimientos poblacionales y que será el siglo de *las migraciones*. Si bien el libre tráfico de mercancías está garantizado por las leyes comerciales, la actual globalización económica no está exenta de contradicciones, pues la fuerza de trabajo que produce dichas mercancías encuentra serias limitaciones a su libre tránsito.

Los “muros” y las políticas de control que en la práctica “criminaliza” a los emigrantes e intentan contenerlos, provocan gran desconcierto, incertidumbre y sufrimiento a quienes protagonizan estos movimientos poblacionales a nivel mundial, situaciones directamente relacionadas con la Salud Mental de los participantes en ambos lados de cualquier frontera.

Contexto Nacional

La incorporación de México al Tratado de Libre Comercio en 1994 no produjo los resultados de bienestar esperados para el grueso de la población. Prueba de ello es que en lo que va del sexenio del presidente Vicente Fox y según datos del Consejo Nacional de Población, 2 millones de mexicanos han cruzado la frontera México-EUA en busca de mejores condiciones de vida.

Ante la falta de políticas públicas de desarrollo que logren arraigar a la población en México, emigrar hacia *el norte* se ha convertido en la única *industria* que compite con el petróleo en la cantidad de recursos que inyecta a la economía nacional. Por tal razón, la emigración México-EUA seguirá siendo por varios años más, la opción de desarrollo preferida por miles de familias.

Contexto Binacional

El conocimiento de las realidades mencionadas, la evidencia del importante crecimiento de la población de origen mexicano en EUA y la inquietud de atender las múltiples necesidades de salud de la población migrante en ambos lados de la frontera, exige propuestas audaces.

La Iniciativa de Salud México-California (ISMECAL), el Instituto de la Universidad de California para México y los Estados Unidos (UC MEXUS), el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y a la Fundación México-Estados Unidos para la Ciencia (FUMEC) han unido esfuerzos y recursos para promover investigación conjunta entre equipos de investigadores de la Universidad de California y México. Se busca aportar elementos para la conformación de políticas públicas que den respuesta a estas complejas realidades de salud y de migración.

El trabajo que se describe a continuación se enmarca en este esfuerzo.

Contexto Regional

México es un país conformado por regiones con muy diverso grado de desarrollo y pocas oportunidades de crecimiento para su población joven y económicamente activa. Esta realidad se refleja en las regiones que expulsan emigrantes. A la *tradicional* conformada por los estados de Zacatecas, Michoacán, Guanajuato, Nayarit, Durango¹, Aguascalientes, Jalisco, Colima y San Luis Potosí, se han sumado estados como Morelos, Guerrero, Hidalgo², Oaxaca y Puebla del centro y sur-sureste del país.

Aunque los estados que integran la región tradicional comparten la “*Cultura migratoria*”³, ésta se nutre en cada estado de las limitaciones socioeconómicas estructurales específicas (economías de subsistencia, desempleo crónico, pobreza, falta de servicios de salud y educativos) que impiden arraigar a su población joven y a los adultos que requieren de un salario digno para vivir.

En Michoacán, 96% de sus municipios presenta actividad migratoria; 13% de todos sus hogares tiene por lo menos un emigrante. Según datos de López (2003), más de 370 mil michoacanos, 9.4% de la población del estado en el 2000, emigraron a EUA. Entre 1990 y 2000, 11 de cada 100 emigrantes en EUA era michoacano.

Las zonas de recepción tradicionales de emigrantes michoacanos en EUA han sido Washington (Valle de Yakima), Texas (Fort Worth y Dallas), Illinois (Chicago) y California (Los Ángeles). Las nuevas zonas abarcan a Carolina del Norte (Silver City, Asheboro, Liberty, Haw River, Reidsville, Kernersville y Greensboro), Minnesota (Moorhead), Dakota del Norte (Fargo), Maryland, el norte de Arkansas y Salt Lake City en Uta. También Redwood, Stockton, Napa, Rogers, Anchorage, Las Vegas y Santa Ana (López, 2003).

Los índices de expulsión más altos se presentan en los municipios del norte y noroeste del estado (MAPA); están asociados a la inestabilidad del sector porcino de la región. Se observa un patrón inversamente proporcional: a menor población, mayor índice de expulsión, en el 40-50% de las comunidades con menos de 2 mil 500 habitantes. Las mujeres rurales participan en menor proporción que las urbanas. Los hogares de los emigrantes suelen tener un número mayor de miembros y existe un mayor porcentaje de hogares nucleares entre los emigrantes (López, 2003).

La migración representa para muchos jóvenes de Michoacán un rito de paso. Las comunidades rurales han interiorizado esta noción y la expresan así: “*probar el norte y volverse hombre; cuando un muchacho prueba norte, se vuelve hombre*” (López, 2003); se refieren diversos malestares emocionales relacionados con esta exigencia

¹ Clasificados por CONAPO con un grado actual “muy alto” de intensidad migratoria.

² Con grado “alto” de intensidad migratoria.

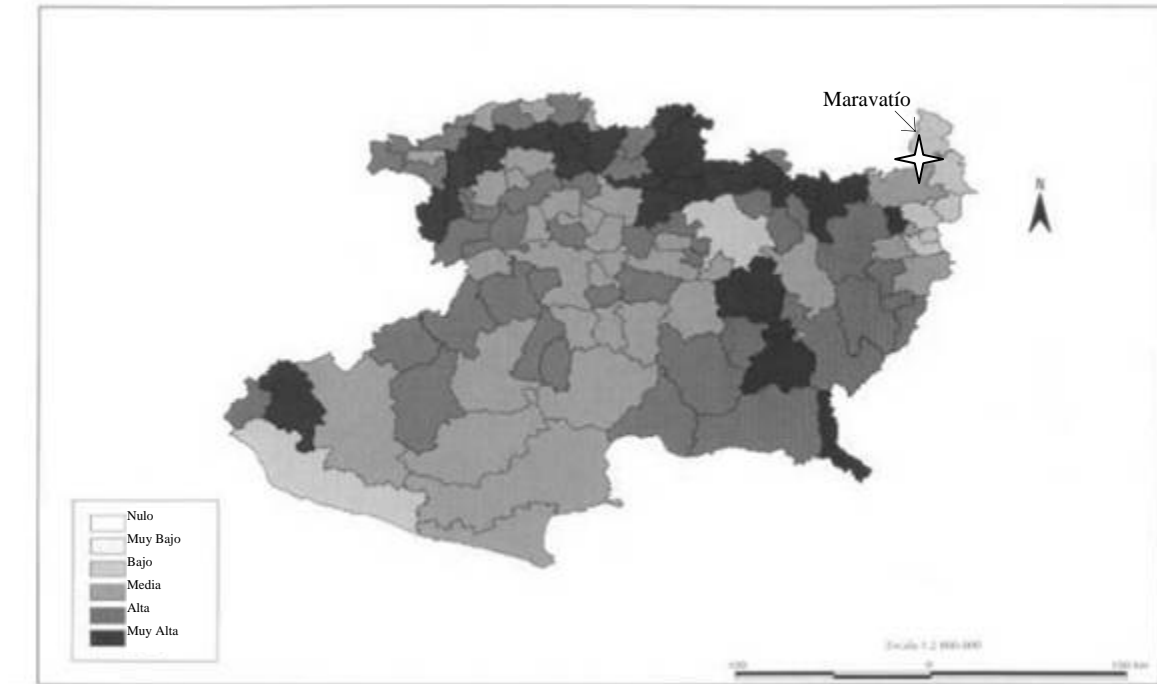
³ La migración México-EUA como *estructura estructurante* de identidad de los *norteros* (López y Díaz, 2003), moldea expectativas de padres y jóvenes sobre el futuro inmediato y refuerza la “ida al norte” como la opción preferencial de desarrollo familiar; emigrar como destino.

sociocultural que afectan la salud mental de niños, adolescentes y jóvenes (Aguilera, 2001).

Contexto Local

Si bien Michoacán colinda con Guanajuato y Jalisco, se eligió trabajar en el primer estado y dentro de él, en una comunidad rural lo más alejada posible de Jalisco⁴.

Michoacán: municipios por grado de intensidad migratoria, 2000



Fuente: Estimaciones de Conapo con base en los resultados del Censo de Población y Vivienda, 2000

Así se llegó a Maravatío de Ocampo, primer municipio michoacano una vez que termina el Estado de México. De acuerdo a datos de la municipalidad⁵, cuenta con 691.5 kilómetros cuadrados, (aproximadamente 468.5 millas), 10 tenencias y 119 comunidades rurales. De acuerdo con el censo del INEGI (2000), cuenta con 69 mil 382 habitantes, de los cuales 52.3% son mujeres. Según la proyección del crecimiento poblacional, en 2005 son cerca de 75 mil habitantes. Su índice de masculinidad es 91.18. De acuerdo a CONAPO, su índice de intensidad migratoria es medio (0.60028).

En las comunidades rurales de este municipio se produce frijol, maíz, papa, fresa, jitomate y manzanas.

⁴ Se contempló desarrollar el presente trabajo tanto en Michoacán como en Jalisco. Los investigadores de Jalisco rehusaron participar. Los investigadores del Colegio de Michoacán solicitaron trabajar lejos de Zamora, Mich.

⁵ Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo, Tomo CXXXVI, Número 41, con fecha, lunes 20 de junio del 2005.

Cuenta con 10 clínicas de servicios médicos, 5 de IMSS Solidaridad, 1 del IMSS, 1 del ISSSTE y 1 Hospital General. El 86% de la población no es derechohabiente y no cuenta con adecuada capacidad instalada para dar respuesta al Programa Nacional de Seguro Popular⁶. En la foto se muestra el Centro de Salud del DIF Maravatío.

Comunidad elegida



Se trabajó en la comunidad de Tziritzécuaro, ubicada a 13 kilómetros de Maravatío porque sus autoridades locales y de los barrios que la componen, autorizaron la realización de la investigación.

Esta comunidad cuenta con mil 605 habitantes, de los cuales 830 son mujeres. Según el Censo de Población y Vivienda 2000, existen 327 viviendas particulares habitadas, de las cuales 271 disponen de drenaje y 287 de energía eléctrica.

La mayoría de las viviendas son de tabique, tabicón y adobe; alrededor de 25% están en construcción y 20% suspendidas indefinidamente porque las remesas no llegan.

En la comunidad se producen diversas hortalizas como calabazas, coliflor, acelgas y lechugas, en pocas tierras de riego y la mayoría de temporal



Cuenta con 1 centro de salud comunitaria y 3 médicos particulares. Hay 3 escuelas a nivel preescolar, 3 a nivel primaria y 1 tele-secundaria.

ANTECEDENTES

La migración en las zonas de alta expulsión, se explica como “*mal necesario que no se detendrá*”, debido básicamente, a la falta de políticas públicas del Estado mexicano que apoyen la economía rural y al enorme “diferencial salarial” existente en EUA; la separación física y el alejamiento afectivo de los seres queridos (en ocasiones no vuelven a saber de ellos), provoca múltiples malestares emocionales (*falta de comunicación; estados de ansiedad e incertidumbre, sintomatología depresiva, síntomas psicósomáticos, sufrimientos, tristeza, falta de apetito, problemas del sueño, mal humor y llantos frecuentes*), que han sido reportados en la literatura especializada en ambos países, tanto en adultos (Alderete y col, 1999; Vega y col, 1998; Salgado,

⁶ Como parte de la reforma del Sistema de Salud hecha en el actual sexenio, se creó el sistema de Protección Social. El Seguro Popular se ubica en este sistema y es el vehículo financiero que permite el aseguramiento público para trabajadores independientes que actualmente representan a la mitad de la población. Busca asegurar el derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos. (Gaceta de Comunicación Interna de la Secretaría de Salud, Nov, 05)

1994a, Salgado, 1994 b; Moctezuma, 2001; López, 2003), como en niños y adolescentes.

En los menores se informa sobre *problemas de conducta, deserción escolar, conductas antisociales, problemas de identificación, uso y abuso de alcohol y otras sustancias* (Guarnaccia, s/f, López, 1997; Aguilera 2001, López y Díaz, 2003, Aguilera 2004a, Aguilera, 2004b).

Entre los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (ENEP, Medina-Mora y col, 2003), para la que se realizaron 5,826 entrevistas, se destaca que en la región centro-oeste (en donde se ubicaron 3 de los estados con mayor índice de expulsión migratoria: Jalisco, Guanajuato y Michoacán), se presentó la prevalencia más elevada de trastornos en la vida (36.7%) provocada por el elevado índice de trastornos por uso de sustancias. Los trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3%), seguidos por los de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%).

La ENEP destaca asimismo que sólo una de cada 10 personas con un trastorno mental ha recibido atención, sólo una de cada cinco con dos o más trastornos la ha tenido y sólo una de cada 10 con tres o más trastornos obtuvo atención (Medina-Mora y cols, 2003).

En EUA, Peifer y col (2000) informa de tasas bajas de utilización de servicios de salud mental en la población México-americana. En una encuesta en la que participaron 3,012 personas México-americanas y de origen mexicano, 58% cumplió los criterios diagnósticos para un trastorno mental. De ese porcentaje, 69% nunca había utilizado ningún tipo de servicio de salud.

Debido a la poca o nula infraestructura de salud presente en las comunidades rurales mexicanas, los pobladores afectados por estos malestares recurren a familiares, amigos, sacerdotes, médicos generales y curanderos en busca de apoyo (Peifer y col, 2000; Salgado 2002; Berenzon, 2002).

Ante esta panorama, la Organización Mundial de la Salud ha dado a conocer la existencia de programas de intervención comunitaria, adaptados a las condiciones socioculturales de diferentes países, que han probado ser útiles en comunidades con bajos recursos económicos y que pueden mitigar el sufrimiento asociado a diversas situaciones de vida (Cohen, Kleinman y Saraceno, 2002).

Tomando en cuenta estos antecedentes, el objetivo general de este trabajo fue desarrollar una intervención educativa comunitaria acorde con las condiciones socioculturales de una comunidad rural mexicana con alto índice de expulsión migratoria de trabajadores agrícolas al Valle de California en EUA.

MÉTODO

Se desarrolló un programa de investigación-acción para probar una intervención educativa comunitaria que tuvo tres ejes de acción. Las actividades específicas desarrolladas en cada eje fueron adaptadas a la realidad mexicana, tomando en cuenta la investigación previamente desarrollada por el Dr. Aguilar-Gaxiola y su equipo en población México-americana y de origen mexicano en EUA. El objetivo fue aumentar el acceso de esta población a servicios de salud mental cultural y lingüísticamente apropiados (Aguilar-Gaxiola y col, 2002).

A continuación se describe cada eje de acción.

1.- Difusión y Educación: Identificó los principales malestares emocionales asociados a la emigración, así como las principales barreras para la utilización de servicios de salud mental. Brindó elementos de información contra el estigma asociado a la enfermedad mental.

2.- Capacitación a Profesionales de Salud Mental de primer nivel: Se capacitó a profesionales en la atención de los principales malestares detectados y se construyó una pequeña red de estos servidores para lograr una adecuada canalización.

3.- Investigación enfocada a la práctica: Se promovió la búsqueda de una adecuada interlocución entre los pobladores y los profesionales de salud en la identificación de opciones de atención. Se canalizaron las situaciones que ameritaban una atención especializada.

El proyecto contó con la aprobación y vigilancia del Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.



Fuente: Ponencia del Dr. Aguilar-Gaxiola para The California Endowment: "Special Opportunity in Mental Health Funding: Increasing Access to Culturally and Linguistically Appropriate Mental Health Services for Low-Income, Underserved, Rural Populations".

Recolección de Información

Se utilizaron dos estrategias:

a) **Técnica de observación participante (OP)**, que tuvo un lugar preponderante a lo largo de todo el trabajo, ya que permitió:

- 1) Detectar las acciones a seguir para lograr la aceptación de las investigadoras en la comunidad y la autorización para la realización del trabajo de las personas colocadas en distintos niveles y ámbitos de autoridad (municipal, comunitaria, escolar, de salud, religiosa).
- 2) Re-estructurar las actividades originalmente planeadas (grupos focales) y adaptarse a las formas de recolección de información más *acordes* (entrevista individual) para la población, en virtud de que la información solicitada resultó altamente *sensible*.
- 3) Facilitar la percepción encaminada a la comprensión del escenario social, de la dinámica de la comunidad y de las interrelaciones entre sus miembros.
- 4) Brindar un mayor número de oportunidades de observación.
- 5) Facilitar el conocimiento de datos guardados celosamente en el grupo que no fácilmente se proporcionan a personas ajenas.
- 6) Acceso al pequeño mundo de lo que se dice y se hace y al conocimiento de juicios acerca de conductas relacionadas con la salud mental.
- 7) Adentrarse en la dinámica y problemática propia de los trabajadores de salud mental.
- 8) Ubicar las actividades desarrolladas como “semillas”, como un punto de partida para investigaciones futuras (Gutiérrez y Delgado, 1999).

Para contrarrestar algunas de las desventajas asociadas con la OP se trabajó en equipo, lo que permitió confrontar, analizar y ponderar los aspectos captados por la *subjetividad* de cada una de las tres investigadoras que realizaron el trabajo de campo. La *certeza* de su presencia en la comunidad mes con mes, en las fechas previamente anunciadas, hizo posible la confianza progresiva de los pobladores hacia ellas, llegar a acuerdos en cuanto al día y hora en que se recolectara la información solicitada, que ésta se brindara de la manera más espontánea posible y que se planificaran y ejecutaran con éxito la mayoría de las actividades programadas.

Los resultados principales de la OP se describen en la sección de etnografía.

b) **Técnica de la entrevista semi-estructurada:** Realización de 50 entrevistas individuales en las que se aplicó un **cuestionario estandarizado** que se utilizó en EUA para la Encuesta sobre Prevalencia y Servicios en México-Americanos (MAPSS, por sus siglas en inglés). Dicho instrumento se diseñó en inglés, se tradujo al español por el equipo del Dr. Aguilar-Gaxiola y el equipo de trabajo de esta investigación lo piloteó y adaptó para su aplicación en población rural mexicana.

Este cuestionario se aplicó en EUA a 4,013 adultos de origen mexicano, de los cuales 1,000 fueron trabajadores agrícolas inmigrantes de origen mexicano, que representan a los pobladores de las comunidades en las que se realizó el presente trabajo (Vega y col, 2001; Vega y col, 2004),

La aplicación del cuestionario permitió obtener información estandarizada y establecer un diálogo enriquecedor y detallado con cada participante, en una intervención cara a cara.

El siguiente esquema muestra las actividades realizadas en los tres ejes de acción mencionados en el cuadro de *Objetivo General*.



Se realizaron 14 estancias comunitarias, en las que se estableció contacto con las autoridades municipales, con las autoridades del DIF Municipal, tanto a nivel estatal como municipal, con el director general del Hospital General de la región y con personal de los servicios médicos y psicológicos. La duración promedio de estas estancias comunitarias fue de cuatro días (en total fueron 54 días); la mayoría se realizó en días laborales, en dos se abarcó también el sábado y sólo en una ocasión se estuvo en domingo.

Desarrollo del trabajo de campo: La relación que se estableció y se cultivó con los diversos jefes de tenencia, con los encargados del orden y con los pobladores de los barrios fue diferente. En su conjunto, la comunidad, estuvo de acuerdo y apoyó a las investigadoras. Conforme se ganó la confianza de los pobladores, afloraron diversas problemáticas comunitarias como la desconfianza que priva entre los pobladores de los distintos barrios, abusos y corrupción de algunas autoridades en la entrega de las despensas del Programa de Combate a la Pobreza *Oportunidades*, el cobro indebido que realizan por esos apoyos, por el manejo discrecional del dinero recaudado para

obras colectivas, por la asignación de permisos para el transporte público que llega a los barrios, etc.

Se mantuvo relación con todas las personas interesadas en el desarrollo del trabajo, independientemente de la ubicación que tuvieran en los distintos niveles de autoridad e independientemente del barrio de residencia: Se escuchó y trató de entender el punto de vista de cada actor social.

RESULTADOS

Primer eje de la Intervención

1.- ETNOGRAFÍA

Debido a la amplitud de la información recabada, sólo se describen y detallan algunos de los aspectos sobresalientes relacionados con los objetivos de la investigación:

1.- Entrada a la Comunidad: a) Llegada al municipio; b) Selección de la comunidad; c) Descripción, d) Tipo de viviendas, e) Otras explicaciones sobre la presencia de las investigadoras.

2.- Personal y Servicios de Salud: a) Personal y Servicios de Salud Mental en el Municipio; b) Personal y Servicios de Salud Física en la comunidad; c) Uso de servicios; d) Percepción de los pobladores sobre el personal de salud; e) Servicios alternativos, f) Política y Salud.

3.- Migración y Salud: a) Gastos médicos catastróficos como disparador de la migración, b) Otras demandas.

1.- Entrada a la Comunidad.

Llegada al Municipio: Coincidió con tiempos electorales, lo que permitió conocer las repercusiones de las luchas entre partidos políticos en el ámbito de la salud. Es común en estas localidades que personal de salud compita por puestos de elección popular. Estas situaciones se reflejan en problemas como retraso en la entrega de presupuestos a instituciones de salud, cambio trienal de personal de salud, cancelación de servicios previamente disponibles, etc. La población padece estos cambios porque no hay continuidad en los servicios y por la cancelación definitiva de otros.



Selección de la Comunidad: Al tramitar la autorización para la realización del trabajo en la Municipalidad de Maravatío, se coincidió con la presencia de la jefa de tenencia⁷ de San Miguel Curinhuato, quien al enterarse del interés de las investigadoras por conocer los problemas emocionales asociados a la migración, las invitó a su comunidad. El tema de la conversación tenida con varios informantes clave fue la desconfianza que inspiran los “*investigadores golondrinos*” que sólo obtienen la información que requieren y no vuelven a presentarse en la comunidad.

En el siguiente encuentro se informó de una reunión entre los jefes de tenencia y el presidente municipal con el objeto de conocer si en sus comunidades se presentaban problemáticas como alcoholismo, adicciones, pandillerismo y conductas delictivas. La jefa de tenencia opinó que el presidente les pedía “*hablar mal de sus comunidades*”, “*¿Cómo es posible que nos pida ‘delatar’ a nuestros jóvenes, admitir que aquí se consumen drogas?*”. Con ese mismo argumento rechazó que se investigara en su comunidad los malestares emocionales asociados a la migración, los cuales consideró normales. Esto ocasionó la búsqueda de otra comunidad.

Al solicitar en la municipalidad la lista de Jefes de Tenencia de todas las comunidades rurales, se conoció al representante de Tziritzicuaro, quien consideró oportuna la realización de nuestro trabajo en dicha comunidad y remitió a las investigadoras con los encargados del orden de cada barrio para que fueran ellos quienes, previa su autorización, convocaran a las personas a reuniones de información para que se explicara el objetivo de nuestra presencia. Todas las actividades que se informan se desarrollaron en esta comunidad.



Descripción de la comunidad: Tziritzicuaro está dividida en tres barrios. Cada una con su propia autoridad, su iglesia, su santo patrón y su fiesta anual. El barrio más antiguo es el formado alrededor de la iglesia principal y hacia su extremo sur-este se extienden los otros dos barrios. El trabajo se inició en el barrio más alejado y humilde y se observó que, conforme se avanzó hacia al centro de la comunidad (en donde están ubicados la mayoría de los servicios disponibles), disminuyó el interés de las personas por participar.

Tipo de viviendas: Una de las principales motivaciones que los emigrantes refieren para *ir al norte* es la construcción de una *casa propia* para su familia. Los migrantes de retorno suelen introducir estilos nuevos al momento de edificar sus casas (Moctezuma, 1999). El éxito o el



⁷ Autoridad local elegida por los pobladores de cada comunidad y que la representa ante la autoridad del municipio.

fracaso económico de la migración se reflejan claramente en el tipo de vivienda que cada familia puede tener. Resulta una paradoja encontrar bellas construcciones que se distinguen tanto por sus mayores dimensiones como por permanecer deshabitadas una buena parte del año.

Un porcentaje importante permanece deshabitada años completos y llama la atención que, con el tiempo, se llenan de maleza y yerbas. Esta imagen evocó la referencia a la yerba “la capitana”, nombrada por Juan Rulfo (1975) en su novela *Pedro Páramo*: plaga que nomás espera que se vaya la gente par invadir las casas.



Otras explicaciones de la comunidad sobre la presencia de las investigadoras: Debido a experiencias desagradables vividas con anterioridad relacionadas con la presencia de desconocidos en la región, aunadas a que no todos los pobladores participaron en las reuniones de información (donde se dio a conocer los objetivos del trabajo a desarrollar), la comunidad elaboró *hipótesis* que explicaban la presencia mensual de las investigadoras y justificaba la decisión individual de participar o no en las actividades solicitadas. Las principales fueron:



- Personal del programa de *Oportunidades* que viene a *dar de baja* a algunas familias.
- Agentes de *Migración* que pretenden obtener datos sobre el estatus migratorio de familiares en EUA.
- *Secuestradoras* y *estafadoras* que extorsionarán a los pobladores con los datos obtenidos de sus familiares en EUA.
- *Roba-chicas* que se llevarán a los niños.
- *Ladronas* que detectan las casas vacías para robar.

En la homilía de las misas de los domingos, el sacerdote de la comunidad reforzaba algunas de las ideas anteriores. Les pedía no ser groseros y negarse a participar con cortesía. Se informó a los participantes que el sacerdote también estaba enterado de nuestra presencia y se mencionó que su actitud se debía, tal vez, a que había sido víctima de un robo recientemente.

2.- Personal y Servicios de Salud

Personal y Servicios de Salud Mental en el Municipio: Dos instituciones públicas, el Hospital General y el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), municipal y estatal, así como varios psicólogos graduados en universidades privadas de la región, brindan diversos servicios de salud mental. El Hospital General cuenta con

dos psicólogas que brindan el servicio de asesoría psicológica a población general, en consulta externa que se cobra como atención de especialidad (\$ 40.00). Capacita en reuniones bimensuales, a cerca de 35 promotoras de salud comunitaria en aspectos preventivos relacionados con las principales enfermedades infecto-contagiosas.⁸

El DIF Municipal cuenta con dos psicólogas más, una asignada a trabajo comunitario y otra al Programa de Atención a Niños en Proceso de Callejerización. Ambas tienen restringido el número de consultas externas por lo que en realidad son muy pocas personas las que se benefician de este servicio.

Personal y Servicios de Salud Física en la comunidad: En la comunidad viven 3 médicos generales (dos varones y una mujer, con un lapso de 10 a 15 años de residencia) y el médico pasante⁹ que hace su servicio social en el Centro de Salud.

Cuando se les solicitó una entrevista a los 3 médicos, todos coincidieron en describir a la comunidad con el término de “apática”. De acuerdo con el Diccionario Larousse (2003) “apatía” significa “*privación de pasión y sentimiento, dejadez, indolencia, falta de vigor o energía*”. Cuestionaron el “sentido” de nuestra presencia y nos auguraron la no participación de los pobladores.

Relataron que otros profesionales y ellos mismos habían intentado, sin éxito, formar grupos de Alcohólicos Anónimos, grupos de auto-ayuda y de prevención de enfermedades de transmisión sexual. Cuando se les solicitó su participación en las diversas actividades a desarrollar para aprovechar la infraestructura de salud ya existente y conocida por la población, se limitaron a cumplir con los aspectos formales (colocar anuncios, difundir la información) sin aceptar participar en actividades que les implicara mayor tiempo y compromiso personal.

La médica declinó participar en la capacitación que se le ofreció para la prevención de sintomatología depresiva en las mujeres de su comunidad con el argumento de “no tener tiempo”. Agregó que el ser madre soltera le complicaba el acceso a estas oportunidades. La siguiente foto es del sitio donde da consulta.



⁸ En la página 24 de este informe se describen las actividades desarrolladas con las Promotoras de Salud Comunitaria.

⁹ Los estudiantes de medicina deben realizar su servicio social por lo menos un año en una comunidad rural, como parte de los requisitos para la obtención del grado.

El médico asignado por esos meses al Centro de Salud Comunitaria compartió una reflexión de su práctica clínica cotidiana y afirmó que un gran porcentaje de las personas (alrededor del 40 ó 50%) que acuden a consulta médica identifican como problema de salud física los malestares emocionales que padecen por consecuencia de la separación de sus seres queridos. Mencionó que los malestares más frecuentes son cefaleas, gastritis, colitis y dolores musculares en cuello y espalda. La foto es del Centro de Salud de la Comunidad.



Uso de servicios: Conforme se tuvo conocimiento de los prestadores de servicios de atención médica a los que generalmente recurren los pobladores, se encontró que un criterio frecuentemente utilizado es el costo. Cuando no tienen dinero se opta por acudir al Centro de Salud de la comunidad y pedir cita al médico pasante. En ocasiones tienen suerte y son atendidos; en otras los rechazos se justifican

con peticiones de *respetar* el horario y *solicitar cita*. Cuando por alguna otra razón se acude a Maravatío (13 kilómetros de distancia), se abren las opciones de atención.

En el municipio los servicios baratos se ofrecen en cuartos estrechos e improvisados como consultorios que por lo general están junto a una farmacia de medicamentos similares o genéricos. La narración de la experiencia de los pobladores al utilizar estos servicios permitió comprobar que para los propietarios suelen ser *negocios redondos* y para los usuarios resultan de baja calidad.

Cuando los recursos económicos están disponibles, se observó la tendencia a preferir servicios de salud privados, en un intento de buscar mejorar su calidad, lo que lamentablemente tampoco obtienen; los pobladores comprueban que pagar no es garantía de calidad.

Percepción de los pobladores sobre el personal de salud: Existe la percepción de que para los pobladores que no tienen recursos económicos no existe opción real de tratamiento y atención a sus problemas de salud física. Se considera *de mala calidad* los servicios que brindan los médicos asignados a hospitales públicos y *muy costosos* los que brindan los médicos en servicios de salud privados.

Un informante refirió que los médicos particulares, cuando saben que algún miembro de la familia del paciente está en EUA, los ven “*ya no con signos de pesos, sino de dólares*”, para hacer referencia al encarecimiento que ellos perciben *intencional* de estos servicios en zonas de alta tradición migratoria.



Los pobladores de los barrios consideran un abuso los altos costos de los servicios médicos particulares, con el agravante de que no hay autoridad que pueda frenarlos; agregan que el dinero producto de estos servicios se puede ver en las viviendas que estos profesionales de la salud construyen en la

comunidad. La siguiente foto muestra la casa de uno de los médicos de la comunidad.

Los servicios de atención médica que los pobladores consideran accesibles suelen darse en cuartos que funcionan además como farmacias. Se conoció la situación de un médico que tenía una fotocopia borrosa del título, cuya fotografía no permitía corroborar a quién pertenecía. Trabajaba, según él mismo lo refirió, sometido a mucho *estrés* y a *destajo* (salario en función del número de consultas dadas) para la dueña de una farmacia.

Las pocas personas que han buscado servicios de salud mental refieren que las psicólogas y trabajadoras sociales del DIF (Desarrollo Integral de la Familia) no cubren sus expectativas. Las mujeres víctimas de violencia familiar refieren que, apegadas a la lógica institucional de que el DIF está para unir y no separar familias, las profesionales les sugieren intentar *sobrellevar* el problema y pensar en el bienestar de sus hijos para no afectarlos con la separación o el divorcio.

El Hospital General del Municipio abrió recientemente el servicio de atención psicológica en consulta externa. El servicio lo brindan una psicóloga recién egresada y otra que realiza su servicio social. Sólo a la primera se le ofreció ser contratada. Esta opción no resulta confiable para los pobladores debido a la edad de estas profesionales: *“están muy jovencitas, no tienen experiencia de vida, así no pueden orientarnos en la solución de nuestros problemas”*.

Servicios alternativos: Si bien los sacerdotes son para los pobladores una opción en su búsqueda de apoyo y orientación en momentos emocionales difíciles, se observó la tendencia a evitar recurrir al asignado en esos meses a la comunidad. Varios pobladores hicieron referencia a que ese sacerdote tenía problemas de alcoholismo y *apego al dinero*. En la penúltima estancia se informó que había sido “trasladado” a otra comunidad.

En la comunidad viven dos yerberas a quienes recurre la población con menores recursos económicos. La percepción de los usuarios es que les ayuda en la solución de malestares como *susto* y *bilis*.

Política y Salud: El DIF de Maravatío organiza campañas de prevención que no pueden dar respuesta a la demanda que tiene el servicio ofrecido, por lo que no se publicitan en las comunidades rurales sino sólo en el municipio. Por esa razón, las personas de las comunidades rurales son presas fáciles de campañas que brindan los servicios requeridos a cambio de votos a un determinado partido político.



3.- Migración y Salud:

Gastos médicos catastróficos como disparador de la migración: Existen situaciones de emergencia médica que ameritan intervenciones con carácter de urgencia y generan gastos económicos fuertes y no contemplados por las familias.

Una señora que al momento de la entrevista refirió tener una molestia en el estómago provocada porque años atrás le habían realizado una histerectomía y *no había quedado bien*, relató que, se sometió a una operación para la extracción de lo que había evolucionado a un *cáncer*. Al término de la intervención, los médicos entregaron al marido, *una bola de grasa de aproximadamente 12 centímetros de diámetro en la que se apreciaba la etiqueta de una compresa*. Con esta prueba, el marido solicitó cubrir parte de los gastos realizados al médico que realizó la primera intervención. Se negó con el argumento de que habían pasado más de dos años y es el término que la ley establece para que proceda cualquier reclamo.

El equipo de médicos que extrajo la compresa exigió la liquidación de sus honorarios, lo que provocó que una de las hijas emigrara al norte junto con su esposo; los tres hijos con edades comprendidas entre los 3 y 12 años de edad se quedaron con familiares que, según los abuelos, no los trataron bien. Hasta el momento de la redacción de este informe, la familia no ha pagado la deuda, lo que ha impedido que estos médicos se hagan responsables de la evolución clínica de la señora en esta segunda intervención.

Otras demandas: Las instancias gubernamentales encargadas de apoyar a los familiares de emigrantes, sobre todo las responsables de brindar asesoría legal, plantean diversos obstáculos y trabas burocráticas que les impiden cumplir con la tarea asignada.

El delegado distrital de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, dependencia del DIF estatal explicó la necesidad de agilizar los trámites de las personas que demandan pensión alimenticia para los hijos de emigrantes que nunca se vuelve a saber de ellos en la comunidad de origen.

Al investigar cuál era el problema en este caso particular, se supo de peticiones *excesivas* que las demandantes (las madres abandonadas) no pueden cumplir, entre ésta, la traducción notariada del acta de matrimonio y de cada uno de los hijos para los que se pide la pensión. Se les solicita además entregar las facturas y notas que demuestren los gastos que les implica mantener a los hijos, una foto “reciente” del demandado y su lugar de residencia en EUA. Se informó de una señora que, al enterarse de este “nuevos” requisitos después de dos años de estar intentando el trámite, intentó suicidarse.

2.- APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO ESTANDARIZADO

Además de cumplir con el objetivo de investigar las formas en que los pobladores de la comunidad seleccionada definen, identifican y enfrentan los malestares de salud mental asociados a la migración, la aplicación del **cuestionario estandarizado** que se utilizó en EUA para la Encuesta sobre Prevalencia y Servicios en México-Americanos (MAPSS, por sus siglas en inglés), permitió aportar elementos sobre su adaptación con población mexicana de comunidades rurales que expulsan emigrantes.

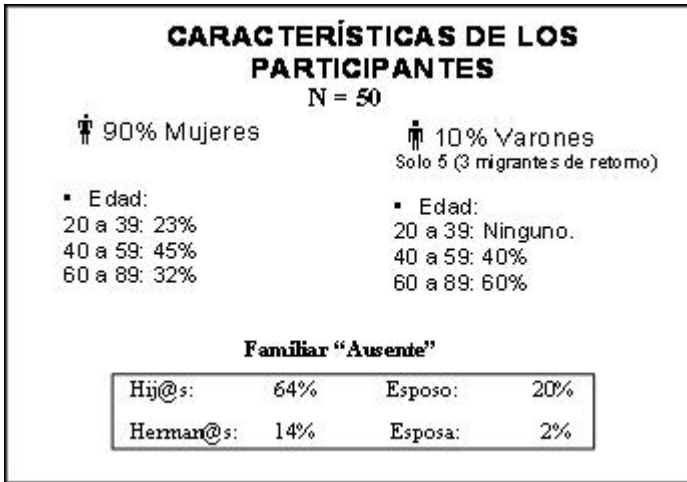
Como se mencionó, su aplicación provocó un diálogo enriquecedor y detallado con cada participante, en una intervención cara a cara, que permitió la observación del semblante de las personas y de su lenguaje no verbal al momento de abordar las vivencias de los malestares investigados. La duración promedio de su aplicación fue de 2 horas. Sólo 5 de los 50 participantes aceptaron que se grabara.

El cuestionario está dividido en las secciones de: Datos sociodemográficos, Utilización de Servicios de Salud Física, Percepciones, consideraciones y creencias sobre Salud Emocional, Información sobre Enfermedad Mental, Utilización de Servicios de Salud Mental, Religión, Uso de alcohol y drogas, Funcionamiento, Familia, Sistema de Justicia y Cultura.

Se visitaron 108 hogares por primera vez; se explicaron y/o recordaron los objetivos de la investigación a quienes no acudieron a las reuniones iniciales de información; en 16 no tenían familiares en el norte, 6 se negaron a participar, 36 pidieron regresar en una segunda y hasta tercera ocasión, sin concretar la entrevista, y en 50 casos se aplicó el cuestionario.

De los 50 aplicados, 18 se concretaron en la primera visita, 22 en la segunda y 10 en la tercera; en 45 de los 50, el informante clave fue una mujer.

El cuadro siguiente muestra algunas características sociodemográficas relevantes para este trabajo.



Llama la atención los porcentajes altos de adultos mayores de ambos sexos y que el familiar que con mayor frecuencia se encuentra ausente sea el hijo.

Respecto al estatus migratorio de los familiares en EUA, en 27 hogares son ilegales, en 14 legales y en 9 mixtos: hay algunos miembros de la familia con papeles y otros ilegales.

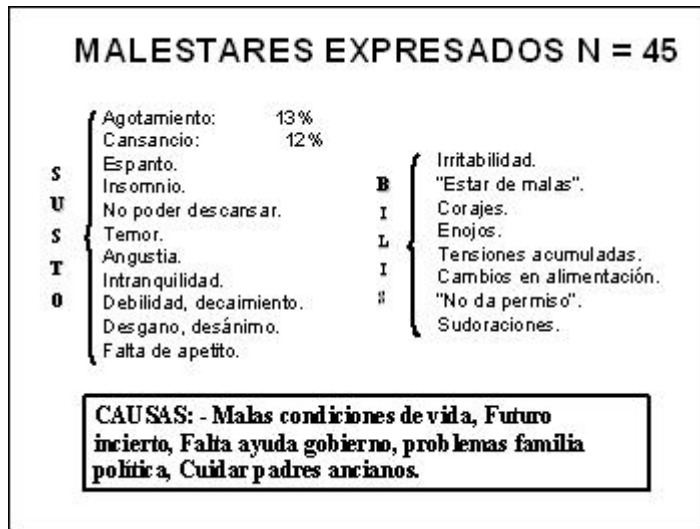
En 30 casos la familia es nuclear, con la presencia del padre, madre e hijos (cuando el emigrante es un hijo) y con madre e hijos (cuando el ausente es el esposo); en los 20 restantes la familia es extensa, con la presencia además de abuelos, nietos y sobrinos. Respecto a la etapa de desarrollo familiar por la que atraviesan, 24 familias cuentan con hijos en edad escolar, en 22 viven parejas o mujeres mayores de 50 años, sin hijos (nido vacío) y sólo en 4 hogares tienen hijos en edades productivas.

2.1.- Malestares detectados en mujeres



La palabra más utilizada fue tristeza, asociada a sentimientos de soledad, depresión, preocupación, abandono y olvido de los hijos. En el cuadro siguiente aparecen otras de las palabras relacionadas con la tristeza, así como las que se vincularon con la violencia, segundo malestar más experimentado. Entre las situaciones asociadas a la violencia, destaca el alcoholismo del marido, la *mala vida* que les da, su falta de solidaridad, el que *no de permiso* para que las

esposas salgan de sus casas a realizar trámites como recibir la ayuda de Oportunidades. La tristeza y la violencia en opinión de las participantes provocan problema de *nervios*.

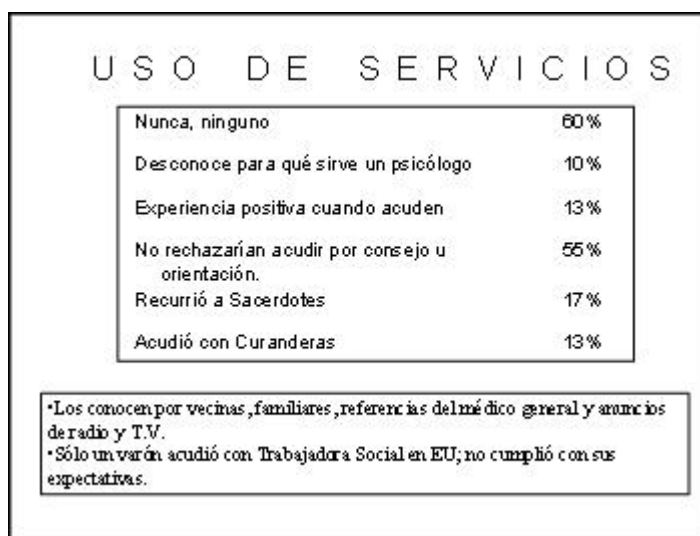


Las mujeres también refieren Síndromes de Filiación Cultural como *Susto* y *Bilis*, que en esta población y de acuerdo con su experiencia de vida, son causados por las malas condiciones materiales de vida que padecen, por la incertidumbre que les depara el futuro, por el abandono en que los coloca la falta de políticas públicas que favorezcan al campo y a los campesinos, por problemas con la familia política y los provocados por la necesidad de cuidar padres ancianos.

2.2.- Malestares detectados en varones.

Los varones también aceptaron experimentar tristeza pero asociada a los celos que experimentan por sus esposas y a la molestia que les ocasiona comprobar que no cumplen el rol de proveedor conforme las expectativas familiares y sociales.

2.3- Utilización de Servicios



Si bien una inmensa mayoría de participantes (85%) ha acudido a los servicios médicos presentes en la comunidad, un porcentaje también significativo (60%) nunca lo ha hecho cuando se trata de malestares emocionales.

De las pocas personas que han acudido a un psicólogo (13%) destaca que la mitad lo hizo estando en EUA. La idea principal asociada al psicólogo es "buscar ayuda u orientación". Las personas que no saben qué es y para qué sirve un

psicólogo nunca han salido de su comunidad de origen.

2.4.- Barreras para Uso de Servicios

BARRERAS PARA USO	
Falta de dinero	60%
Falta de información de adónde y con quién acudir	57%
Son para situaciones extremas: violación, abuso sexual infantil, adicciones, pandillerismo y para personas que "han perdido la razón".	30%
Los servicios conocidos están lejos	20%
No son necesarios: la tristeza es "normal" en madres con hijos en EU.	17%
Salud física es prioritaria: se prefiere comer.	10%
Desconfianza en profesionales rompen confidencialidad	5%
No estar preparada para soluciones propuestas: "refugio" ante violencia.	3%

Las principales barreras para el uso de servicios de salud mental fueron de tipo económico (60%), informativo (57%) y geográfico (20%). Un porcentaje importante (30%) considera que los psicólogos son para *situaciones extremas*, entre las que se mencionó *perder la razón, estar loco*.

Se encontró cierta *normalización* de los malestares referidos, en concreto la tristeza manifestada por la separación de

los hijos. Refieren alta prioridad de atención a la salud física en detrimento de la salud emocional: *Si tengo dinero extra, prefiero comer algo nutritivo que pagar un psicólogo*.

De las pocas personas que han hecho uso de servicios de salud mental, las que lo hacen en sitios cercanos a la comunidad refieren problemas porque los profesionales rompen su compromiso de confidencialidad. El principal problema referido en la utilización de estos servicios en EUA fue *"no estar preparada"* para la solución que ofreció el profesional. Una señora dentro de una dinámica familiar violenta relató que no pudo aprovechar *"el refugio"* propuesto.

2.5.- Significado de Recuperar la Salud Mental

SIGNIFICADO DE "RECUPERAR"	
35% Volver a tener tranquilidad, buen ánimo y alegría.	25% Aprender a enfrentar los problemas: desintegración familiar, separaciones.
23% Resignación ante situaciones de vida: tercera edad, enfermedades.	17% Luchar por anhelos: reunificación familiar y estabilidad económica.
<p>▪ Prioritario: Volver a tener "fuerzas" para trabajar.</p>	

Destacan ideas como *volver a tener, a experimentar* estados de ánimo como tranquilidad y sentimientos como alegría. Se informa que años atrás esos sentimientos formaban parte de su cotidianidad.

Aprender a *enfrentar* los problemas agudizados por la emigración de sus seres queridos y *resignarse* ante enfermedades esperadas en la tercera edad,

ocuparon porcentajes importantes.

Por último, la idea de *luchar* por anhelos e ideales aparece también asociada a la recuperación de la salud mental. Sin embargo, lo prioritario para todos los participantes fue tener *fuerzas* para trabajar.

Segundo Eje de la Intervención

1) Capacitación a Profesionales de Salud

A cinco psicólogas de instituciones públicas asignadas a los servicios de consulta externa y que brindan atención a los pobladores de la región (DIF y Hospital General de Maravatío) se les ofreció capacitarse en el manejo de un programa de intervención psico-educativa con mujeres que presentan sintomatología depresiva (Lara y cols. 1996, 2003). Se pretendió que un número mayor de profesionales de la salud tuviera elementos para la atención y canalización adecuada de uno de los principales malestares emocionales detectados: la tristeza.

A pesar de que hubo un compromiso verbal de los directivos de las instituciones en las que el personal capacitado desempeña sus actividades, se presentaron algunas dificultades como negación del permiso para ausentarse de la institución los días de la capacitación y amenazas de descontar el pago por los días no trabajados.

Además, por tratarse de una capacitación que en esta ocasión fue a distancia (había que ingresar a una página electrónica previa la asignación de una clave personal), algunas de las participantes se encontraron con limitaciones como no contar con un equipo de cómputo en casa, falta de costumbre en esta modalidad de aprendizaje y poca familiaridad con la tecnología computacional.

Cuatro de las cinco personas seleccionadas terminó la capacitación y al momento de la realización del presente informe, se organizan los primeros grupos de trabajo con mujeres de comunidades rurales.

2) Reuniones con Promotoras de Salud

Las instituciones que atienden a los pobladores de la región cuentan, como parte de su personal, con personas conocidas como “auxiliares de salud” y/o “promotoras de salud comunitaria”. De un total de 40, participaron en promedio 25 en las actividades que a continuación se describen:

- Reunión de información sobre los objetivos del proyecto: Se mencionó la importancia de su participación para conocer aspectos culturales sobre la vivencia de los malestares emocionales asociados a la migración.

- Reunión de explicación sobre la relación estrés-migración. Se insistió en la importancia de la prevención de los malestares provocados por el estrés asociado a la emigración. Se entregó a cada una de las asistentes una copia del Manual "Ir y Venir". Las promotoras observaron que en las comunidades de origen, los malestares emocionales asociados a las etapas de la migración tienen características distintas a los que se mencionan en el manual. Un ejemplo repetido por varias de ellas fue que generalmente la opinión de las esposas no se toma en cuenta a la hora de que los varones toman la decisión de ir "al norte".

3) Actividades desarrolladas en la Comunidad

Además de las reuniones de información que al inicio del proyecto se tuvieron en los barrios para explicar los objetivos del proyecto, se desarrollaron las actividades siguientes:

- Explicación de la relación estrés-migración: Las pláticas se dieron en grupos organizados de la comunidad como grupo de señoras en un taller de costura, grupo de jóvenes en un curso de computación, grupo de adultos en alfabetización y en las asociaciones de padres de familia de las cinco escuelas que funcionan en la comunidad.
- Explicación de los principales resultados obtenidos respecto a los malestares emocionales detectados en juntas con padres de familia de las cinco escuelas de la comunidad.
- Distribución de un directorio con los nombres de los profesionales y las instituciones en las que trabajan, qué servicios brindan y el costo promedio. Se dio prioridad a los profesionales que recibieron la capacitación, con los que se estableció contacto previo y los que aceptaron bajar sus honorarios como colaboración al trabajo desarrollado en esta intervención. Se aclaró que, a pesar de lo anterior, no se podía garantizar la calidad del servicio ofrecido.
- Uno de los profesionales sugirió la posibilidad de asistir a la comunidad un día a la semana y atender los malestares detectados. Solicitó que cada barrio le asignara un lugar para trabajar y fijara una cuota mínima de recuperación que sirviera como sus honorarios. En dos de los tres barrios se consiguió un local y las cuotas que se fijaron fueron de \$ 20.00 en el barrio más alejado y de \$ 30.00 en el centro de la comunidad.
- Entrega de un donativo económico a las cinco escuelas que funcionan en la comunidad con el objeto de romper un círculo vicioso causado por la principal barrera que impide el uso de servicios, la falta de dinero. Este donativo se entregó en presencia de los maestros, a las asociaciones de padres de familia y se les pidió seleccionar, en reuniones conjuntas, a los alumnos y familias con mayor necesidad de atención y con menor capacidad económica. El donativo servirá para iniciar la atención de dichos casos, respetando las cuotas mínimas establecidas en cada barrio. Se aclaró que, cuando el donativo termine, se

espera que cada familia haya observado los beneficios de la atención recibida y pueda continuarla con recursos propios.

- Elaboración mensual de cartulinas con información relacionada de aspectos de salud, estrés y migración. Se colocaron en sitios públicos como casetas telefónicas, molinos de nixtamal, tiendas de abarrotes y en la tele-secundaria.

Tercer eje de la intervención

Detección de Casos

Se detectaron cinco personas con problemas emocionales graves, dos diagnosticadas con las categorías psiquiátricas de depresión mayor y esquizofrenia, por profesionales como el médico de la comunidad y el psiquiatra al que asistía una de ellas. Los pobladores identificaron a tres mujeres más como “privadas de sus facultades mentales”, una por sufrir maltrato permanente del marido alcohólico, otra por haber intentado matar con unas tijeras al marido y no querer salir de su casa y la última por sufrir celotipia.

De los dos casos clínicamente diagnosticados, sólo la mujer con depresión mayor accedió a compartir su experiencia y a que se grabara la entrevista. Su familia política se burla de alguna de sus conductas (lavar la ropa limpia) y no tolera sus crisis de angustia. Esta actitud provoca que su malestar sea mayor.

De las cinco personas identificadas con problemas de salud mental “graves”, 3 viven en el centro de la comunidad y dos en el barrio más alejado.

Algunos elementos culturales detectados

1.- La renuencia y la justificación empleada por la Jefa de Tenencia de San Miguel Curinhuato¹⁰ para no permitir la investigación de los malestares emocionales en su comunidad, explican la creencia todavía frecuente sobre la *privacidad* en que deben tratarse los problemas emocionales provocados por dinámicas familiares, que en este caso, están asociadas al fenómeno migratorio. Existe la idea, retomada en un dicho popular, de que “*los trapos sucios se lavan en casa*”; admitir ante extraños problemáticas familiares como violencia, alcoholismo del marido o enfermedad mental, por citar algunos ejemplos, puede llegar a convertirse en motivo de *vergüenza*. Algunas mujeres informaron que prefieren sobrellevar solas dichas problemáticas antes de someterse al *estigma* que provocan.

Esta idea, aunada a la desconfianza que entre sí se tienen los pobladores de los distintos barrios, imposibilitó la realización de los grupos focales programados y que el consentimiento informado sólo se obtuviera de manera verbal.

¹⁰ Ver página 13 de este Informe.

2.- Los varones se enfrentan además a creencias relacionadas con falsas ideas sobre la masculinidad (“*llorar es cosa de mujeres*”); hay que señalar que la cultura migratoria¹¹ también les exige que, llegada cierta edad, generalmente al terminar la secundaria, entre los 14 y 16 años, en el periodo de la adolescencia, se unan al flujo migratorio porque “*probar el norte se equipara a volverse hombre*”; “*cuando un muchacho prueba norte, se vuelve hombre*” (López, 2003). Las exigencias de género específicas en estas comunidades los colocan en situaciones tales que, admitir *temor, miedo, o duda*, es motivo también de *vergüenza*. Por tales razones, la probabilidad de que busquen apoyo emocional en estas coyunturas de vida se reduce.

3.- El testimonio del médico pasante respecto a que los pobladores somatizan sus malestares emocionales y les atribuyen un *origen médico*, permite inferir que el proceso de su tratamiento inicia con la búsqueda de ayuda para síntomas físicos, independientemente de que éstos se vivan como parte de un trastorno emocional. Los participantes informaron que frecuentemente solicitan al médico *vitaminas* para poder sobrellevar los malestares detectados.

Sin embargo, todos los participantes (excepto la persona diagnosticada con depresión mayor), continúan realizando sus labores cotidianas lo que les permite justificar su negativa a buscar algún tipo de atención.

4.- Al momento de investigar el significado de *recuperar* la salud mental, prácticamente todos los participantes consideraron prioritario “*volver a tener fuerzas para trabajar*”. Una primera lectura de esta frase parece indicar que, debido a que estas personas cuentan sólo con su mano de obra para sobrevivir, poder trabajar les resulta fundamental.

Esta necesidad de *tener fuerzas para trabajar* se manifiesta tanto en varones como en mujeres, aunque en las últimas se exprese con mayor claridad por ser quienes tienen que sobrellevar el funcionamiento cotidiano del hogar, independientemente de las dinámicas familiares que atenten contra su bienestar emocional.

De nuevo, cuidar la salud física resulta prioritario; se considera que una buena alimentación es la base de la salud, y que ésta se manifiesta en la *capacidad para trabajar*. Como una gran parte de la población padece desnutrición, el cuerpo carece de reservas y el deterioro se acelera (González, 2004).

Es importante agregar la hipótesis de Otegui (2000) quien señala que, en contextos de grandes limitaciones económicas, a las categorías de *resistencia* y *aguante (tener fuerzas)* ante la adversidad se les asigna una valoración positiva, para que las personas no manifiesten sentimientos de dolor ni quejas ante agresiones externas o internas.

5.- Persiste aún la idea (estigma) de que el psicólogo es para *personas que han perdido la razón (locos)*.

¹¹ Ver páginas 6 y 7 de este Informe.

6.- La *solución ideal* informada por los participantes para estos malestares es luchar porque en sus comunidades de origen encuentren condiciones de desarrollo plenas, condiciones que posibiliten en síntesis, *su derecho a NO MIGRAR*.

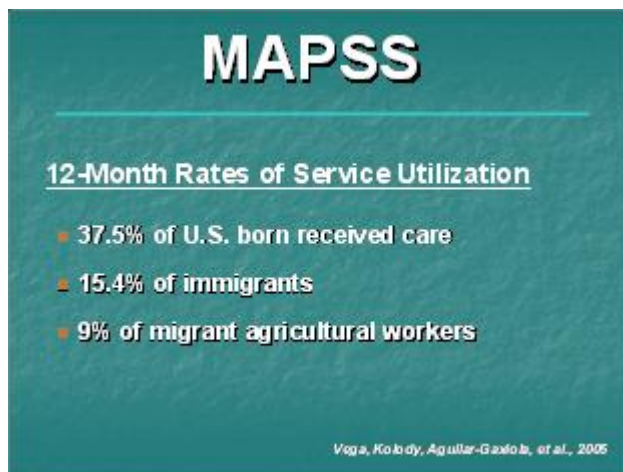
7.- Influencia de las estaciones del año en la percepción de la salud: Varios pobladores mencionaron el fenómeno de la *canícula* (tiempo del año en el que es más fuerte el calor; de acuerdo con la astrología, es el tiempo en el que la estrella Sirio sale y se pone con el Sol y que en la antigüedad coincidía con el inicio del verano en la latitud de El Cairo). Refieren su influencia en el aumento de ciertos problemas de salud como diarreas y vómitos.

Las creencias sobre la influencia de fuerzas húmedo-seco, frío-caliente, amargo-dulce y otras sobre la salud se remonta a la cultura grecolatina, que ve en la *harmonía* del todo y sus partes (los humanos, los órganos y los miembros corporales) la clave para tener vida y salud; la desarmonía lleva a la enfermedad y a la muerte. El tratamiento de las enfermedades debe proporcionar la acción de la fuerza contraria a aquella cuyo exceso o deficiencia, produce la enfermedad: frío contra calor, sequedad contra humedad, etc., (Vega-Franco, 2002).

Los pobladores refieren con frecuencia cualidades de *frío-caliente* a diversos alimentos, los cuales consumen en función de la enfermedad considerada. Algunos médicos de la zona manifiestan a los pobladores estar de acuerdo con estas ideas, sin brindarles mayores elementos de información.

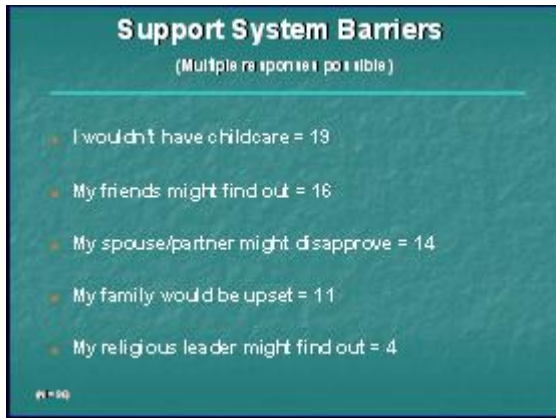
Este fenómeno de la *canícula* es descrito por Juan Rulfo (1975) en su novela *Pedro Páramo* de esta manera: “*cuando el aire de agosto sopla caliente, envenenado por el olor podrido de las saponarias*”. Esta referencia permite intuir que estas ideas se han venido transmitiendo de generación en generación.

APLICACIÓN CUESTIONARIO EN EUA Algunos resultados obtenidos



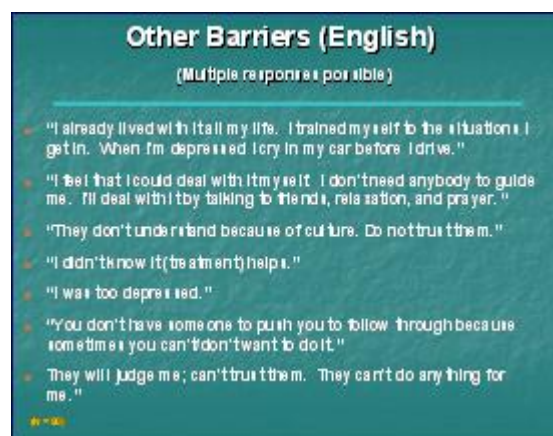
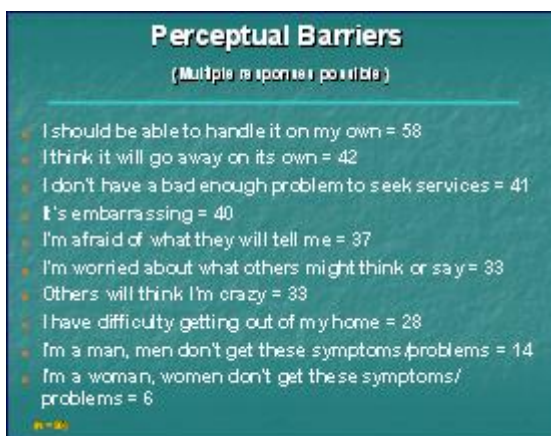
De acuerdo a los resultados de la Encuesta sobre Prevalencia y Servicios en México-Americanos (MAPSS, por sus siglas en inglés), la tasa de utilización de servicios de salud mental en población de origen mexicano en el último año fue 15.4% para los emigrantes y 9% para los trabajadores agrícolas migrantes, en comparación con 37.5% de los nacidos en EUA.

Respecto a las situaciones que impiden el uso de servicios de salud mental en EUA por parte de población de origen mexicano, se informa de cuatro tipos específicos de barreras. Las diapositivas siguientes son ejemplos de lo mencionado por los participantes:



De las frases que ilustran las barreras relacionadas con el *sistema de apoyo* destaca la limitación frecuentemente referida por las mujeres de *no tener quién cuide a sus hijos*, que en las comunidades de origen no se mencionó. El resto de las respuestas hacen referencia al temor que implica aceptar tener algún malestar emocional y tratarlo fuera del ámbito *privado* de la familia.

De las barreras *institucionales*, destaca que las tres respuestas con mayor frecuencia (*falta de información de a dónde y con quién acudir, no poder pagar y los servicios están lejos de mi casa*) coinciden con las expresadas por los pobladores en las comunidades de origen. El resto hace referencia a dificultades relacionadas con el trabajar (horarios laborales coinciden con los de los servicios, incomprensión del patrón para tolerar inasistencias) y las limitaciones del lenguaje, no mencionadas en Michoacán.



De las respuestas agrupadas en las *barreras de percepción* destacan algunas de las creencias mencionadas en las comunidades de origen: *los trapos sucios se lavan en casa*, los psicólogos son para *locos* y el *estigma* asociado a estos malestares.

Other Barriers (Spanish)
(Multiple responses possible)

- “A nadie le importo yo ni mis problemas. Perdería mi tiempo. Para que le cuentes tus problemas a la gente - en que te van a ayudar?”
- “Ignorar. No saber hasta donde llega una enfermedad mental. Miedo de que no me entiendan, me digan que no, que estoy loco y que me ignoren.”
- “Falta de tiempo (los servicios requieren un día por semana).”
- “Miedo a que me juzguen; busco pretextos.”
- “No me atendieron cuando fui y cuando me pidieron que fuera de nuevo...no fui. No hay a qui donde ir por el dinero. No creo que sea gratis.”

(N = 93)

En las respuestas agrupadas en *otras barreras* destaca nuevamente la creencia de tratarse de situaciones *íntimas, privadas*, la ausencia de *experiencia previa* que permita una actitud de *confianza* hacia los profesionales de salud y de la *certeza de ser comprendido/a*.

De los aspectos positivos del asistir con un psicólogo en EUA se menciona la idea de que se acude en búsqueda de apoyo u orientación.

Los porcentajes más altos de las barreras referidas por los participantes en las comunidades de origen¹² se agrupan también en 1) barreras institucionales (*no tener dinero para pagar, falta de información de adónde y con quién acudir, los servicios conocidos están lejos, los profesionales rompen el compromiso de confidencialidad*) y en 2) las de percepción (*los servicios son para situaciones extremas, no son necesarios, la tristeza es normal, la salud física es prioritaria y no estar preparada para las soluciones que dan los psicólogos*).

Las cinco barreras más mencionadas en EUA pertenecen a los grupos de obstáculos institucionales y de percepción.

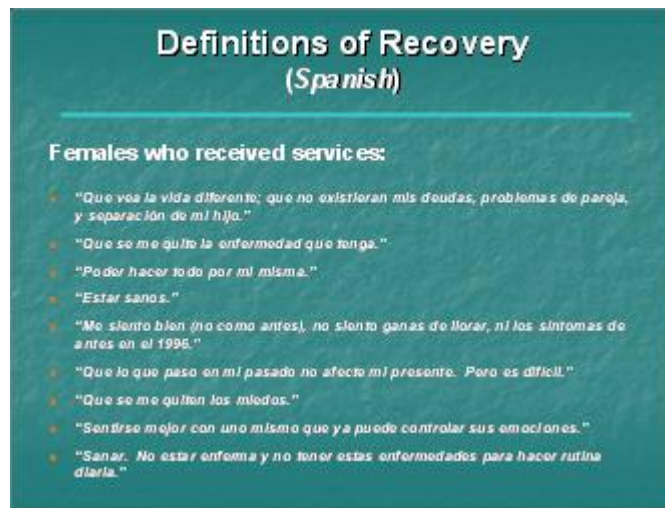
Top Five Barriers

Institutional and perceptual barriers account for the participants' top five barriers to mental health services, including:

1. “I should be able to handle it on my own”
2. “I don't know where to go”
3. “I wouldn't have a way to pay”
4. “I think it will go away on its own”
5. “I don't have a bad enough problem to seek help”

De las definiciones de *recuperar* la salud mental destacan ideas como *sentirme mejor que ahora, ser capaz de controlar mi salud, no sentir ansiedad, ni depresión, ni tristeza, no tomar drogas, no tomar medicinas, no tener pensamientos suicidas*. Todas las ideas anteriores coinciden en *dejar de sentir o tener (problema y/o sentimientos)* que se experimentan en la actualidad. Hace referencia a un sentimiento de disgusto por el acontecer actual y a un deseo de cambio.

¹² Ver página 23 de este Informe.



Contrasta con lo expresado en las comunidades de origen: *volver a tener algo que se experimentó en el pasado*. Hace referencia a una certeza vivida que sirve de guía en el presente.

DISCUSIÓN

Diversos datos recabados en la etnografía señalan el efecto negativo que sobre los servicios de salud disponibles y su utilización tiene la lucha por los puestos de elección popular entre los distintos partidos políticos del municipio.

La mayoría de los participantes en las distintas actividades desarrolladas en esta intervención fueron mujeres. En sus respuestas al cuestionario aplicado reconocen sentirse tristes y mencionan entre las situaciones que les provocan *tristeza* y *nervios* el alcoholismo del marido y la *"mala vida"* que les da.

Sin embargo, los varones no reconocen que el uso y abuso de alcohol les represente un problema, lo que contrasta con la opinión de las mujeres y lo informado en la literatura (Desjarlais y col, 1997). Estos autores señalan que los trastornos depresivos en las mujeres son responsables de aproximadamente 30% de la discapacidad por trastornos neuropsiquiátricos y en los varones sólo de 12.6%. En cambio, la dependencia del alcohol y las drogas produce el 31% de la discapacidad en los varones y sólo 7% en las mujeres. Los datos aquí obtenidos coinciden con lo informado por el equipo de Desjarlais: los varones tienden a exteriorizar su sufrimiento por medio del abuso de sustancias y conductas agresivas (no se registran sus tristezas); se enfrentan todavía a ideas falsas de masculinidad, temen aparecer a los ojos de los demás como *maricas* si se atreven a aceptar que necesitan ayuda. Las mujeres lo expresan en forma de depresión, ansiedad y "nervios".

Es posible que el malestar emocional referido por las mujeres no sea “depresión” o “ansiedad”, sino que se expresa en el lenguaje del sufrimiento bajo la forma de “nervios”, “ataques” y “sudoraciones”.

Los resultados aquí obtenidos coinciden con el equipo alrededor de Desjarlais (1997) en que los aspectos culturales y sociales de las quejas sobre los *nervios*, son conflictos en el seno de las familias y las comunidades. La pobreza, el aislamiento doméstico, la impotencia causada por los bajos niveles educativos, la dependencia económica y la opresión patriarcal son factores relacionados con los sufrimientos de las mujeres, que tienen sus raíces en la impotencia y la desigualdad que padecen; sus consecuencias son el hambre, el exceso de trabajo y la violencia sexual y doméstica. Destacan los problemas con la familia política (la relación nuera-suegros ante la ausencia del migrante) y el malestar de cuidar padres ancianos.

La consideración referida por los participantes respecto a que una buena alimentación es la base de la salud, permite coincidir con la observación de la antropóloga Nancy Scheper-Huges (1992), quien introduce otra hipótesis al interpretar las quejas de “nervios” de las mujeres de comunidades rurales de Brasil, más como una expresión de hambre crónica y de la ansiedad que ésta produce, que como síntoma de malestar psicológico.

Mucho del trabajo disponible para las mujeres en comunidades rurales es mal pagado y agobiante. Trabajan en condiciones peligrosas y con bajos salarios. En estas condiciones, el trabajo contribuye más a la opresión que a la independencia. Tienen “dobles” y hasta “triples” jornadas. Casi no descansan y refieren que “*nunca tendrán jubilación*”.

De acuerdo a los resultados de este trabajo, algunos elementos que explican el poco uso de servicios de salud mental en comunidades de origen son:

- Atribución de origen médico a los malestares emocionales. Se puede inferir que el proceso de su tratamiento inicia con la búsqueda de ayuda para síntomas físicos, independientemente de que éstos se vivan como parte de un trastorno emocional.
- No hay una adecuada interlocución entre los usuarios de los servicios de salud mental y los profesionales. Los primeros plantean problemáticas psicosociales como origen de sus malestares y los segundos utilizan categorías diagnósticas que para los usuarios no *tienen sentido*.
- Los médicos generales tienen pocas opciones para referir a los usuarios a servicios de atención especializados en salud mental.
- Los usuarios perciben los servicios públicos de salud mental como *poco confiables* y de *baja calidad*. Manifiestan no tener opción real debido a que los servicios privados que se brindan les resultan *costosos*. Sin embargo, se observa una tendencia en familiares de emigrantes a optar por servicios privados de salud mental en sus comunidades de origen cuando se dispone de recursos económicos.

- Las principales barreras para uso de servicios de salud mental son *institucionales y de percepción*. Hay que considerar el efecto *sinérgico* de estas barreras.
 - 1) Ciertos malestares están “naturalizados” y/o “normalizados” (*la tristeza es normal, ¿qué madre no se pone triste si sus hijos se le van?*),
 - 2) Los servicios de salud mental sólo son necesarios en *situaciones extremas* (relacionado con el nivel de severidad que el malestar alcanza, antes de disparar la búsqueda de atención),
 - 3) Las ideas de *resistencia* y *aguante* ante la adversidad,
 - 4) La creencia del *origen médico* del malestar emocional,
 - 5) La prioridad de la salud física en comparación con la mental.
- En las comunidades de origen hay que agregar además la influencia de ciertas ideas de la religión católica que pregonan el *valor positivo del sufrimiento* (*Cristo nos salvó con dolor en la cruz*). Ortegui (2000) menciona que esta situación también está presente en España, lo que sugiere su influencia en población hispanohablante.

Los elementos descritos configuran la *no práctica de uso de servicios de salud mental* de los familiares de emigrantes mexicanos en sus comunidades de origen. Esta *no práctica*, aunada a las barreras *institucionales* y de *percepción* detectadas en EUA, dificultan el acceso de esta población a servicios de salud en los dos países. Se trata de una población *desamparada* por los servicios de salud, tanto en México, como en EUA.

Estos resultados coinciden con los referidos por Peifer (2000) en población de origen mexicano en California. Si retomamos la clasificación que presenta este autor por tipo de servicio utilizado, vemos que en esta comunidad *todos los participantes sin excepción* hicieron uso de algún tipo de *servicio médico* alguna vez en su vida, en comparación con el 60% que nunca ha utilizado algún *servicio de salud mental*, aunado al 10% que afirmó desconocer para qué sirve un psicólogo. Sólo el 13% ha acudido en alguna ocasión con un psicólogo. Incluso es mayor el porcentaje de personas que utilizaron *servicios informales* (17% recurrió a sacerdotes y 13% a curanderas y yerberas).

Los síndromes de filiación cultural como *susto* y *bilis*, al estar relacionados con las precarias condiciones materiales en las que viven (futuro incierto, desempleo, “mala vida que dan los maridos” etc.), tienen mayor significado para los participantes que categorías psiquiátricas como trastorno esquizo-afectivo o bipolar; estos resultados concuerdan con el análisis que, sobre estos síndromes realiza González Montes (2004) en su trabajo sobre violencia conyugal en mujeres indígenas.

Si añadimos que esta población no tiene ningún tipo de seguridad social se configura el complejo panorama actual en población rural en México.

Peifer (2000) se pregunta: Los síntomas situacionales observados en población de origen mexicano, ¿son una respuesta a situaciones de vida específicas?

Consideramos que si se requiere recurrir a categorías psiquiátricas, tal vez la de *Trastornos Adaptativos* nos permita apreciar otras rutas a explorar para no errar en los diagnósticos asignados a la población de origen mexicano en EUA.

De acuerdo a los datos obtenidos en el desarrollo de la observación participante en este trabajo podemos deducir que es *muy alto el costo en años de vida ajustados por discapacidad* (Desjarlais y col, 1997) que tanto las personas como sus familias y comunidades pagan a largo plazo por no poder acudir a un servicio de salud mental.

POSIBLE TIPOLOGÍA DE HOGARES

Los resultados obtenidos en una comunidad de origen mexicana permiten delinear una posible tipología de hogares de emigrantes en la que afloran cuatro variables a considerar: a) Densidad migratoria del hogar (número y género de los miembros que han migrado, b) Uso de servicios de salud, c) Éxito o fracaso económico logrado por la migración y d) Estatus migratorio (legal o ilegal).

Se observan distintos patrones de uso de servicios de salud, tanto en México como en EUA, en función de: 1) Hogares que tienen contacto directo con EUA versus los que nunca lo han visitado; 2) Hogares con migración económica exitosa versus con migración fallida económicamente; 3) Hogares que han utilizado servicios de salud en EUA versus los que no lo han hecho y 4) Hogares en los que ha migrado tanto la madre como el padre versus hogares sólo con migración masculina.

De acuerdo a la información recabada en este trabajo, la presencia de las mujeres dentro de la red migratoria, el éxito económico de la migración y la obtención de la ciudadanía en EUA, son algunos de los factores *facilitadores* para el uso de servicios de salud mental, tanto en México como en EUA.

Estos *facilitadores* pueden aportar elementos de análisis para la explicación de la paradoja migratoria en EUA (immigrant paradox) (Alegría 2204a) así definida: no obstante las desventajas asociadas con la inmigración y el proceso de aculturación, nacer en el extranjero en combinación con niveles bajos de aculturación, son factores protectores para no presentar trastornos psiquiátricos.

CONCLUSIONES

La muerte de aproximadamente 400 emigrantes mexicanos cada año en la frontera común, ilustra la manera en que colectivos específicos (emigrantes), en correlación con el lugar que ocupan en procesos estructurales y macro-sociales, están expuestos de manera significativamente desigual a procesos de morbi-mortalidad y a enfrentarse con hechos de sufrimiento (Otegui, 2000).

Asimismo, evidencian la importancia de las condiciones materiales de vida específicas de los actores involucrados y la influencia de éstas en la manifestación de “idioms of distress” (Peifer, 2000; Alegría, 2004a, 2004b).

Aunque la emigración constituye una posibilidad de una nueva vida y mejores relaciones, también tiene un costo representado por la pena y dolor por lo que se deja atrás (Aguilera, 2001). Atxotegui (2000) recomienda tomar en cuenta la relación que ha encontrado en su práctica clínica: *a menor consistencia y elaboración del proyecto migratorio, más difícil será la elaboración del duelo.*

En esta elaboración del *duelo* pueden ubicarse los malestares emocionales que experimentan los participantes del proceso en ambos lados de la frontera y pueden concebirse tanto como “idioms of distress”, que como posibles trastornos adaptativos (American Psychiatric Association, 2000) a la nueva realidad vivida.

De acuerdo a la experiencia obtenida en la realización del presente trabajo, se enlistan a continuación, sugerencias a incorporar en la *investigación binacional* sobre las vivencias subjetivas de malestares emocionales asociados a la migración y uso de servicios de salud:

- En un contexto globalizado, las culturas se tornan *porosas*, por lo que *ninguna* puede colocarse como modelo *hegemónico* en la salud mental.
- Es necesario entonces que los investigadores hagan explícita su postura respecto a la relación sujeto/cultura, pues es la que les permitirá extraer determinadas conclusiones o inferencias sobre la significación de lo cultural.
- Por lo anterior, la investigación binacional orientará gran parte de su objetivo a intentar encontrar *paralelismos semánticos* entre las concepciones de los investigadores y de los usuarios.
- Dará prioridad a estrategias de diálogo entre usuarios e investigadores en interacciones cara a cara, para que sea el usuario y no sólo el profesional el que se exprese.
- Se requiere además investigaciones con enfoque de género para conocer los orígenes sociales del sufrimiento femenino y brindar servicios para disminuir las consecuencias negativas de la desigualdad entre los géneros. Los servicios de salud deben incorporar las voces de las mujeres ya que ellas pueden determinar sus propias necesidades.

ARTÍCULOS EN PREPARACIÓN

Se preparan dos artículos para su publicación. Uno con la información más detallada recabada en la etnografía y otro con los datos de los cuestionarios aplicados en Michoacán y su comparación con los datos de los aplicados en California.

PRESENTACIÓN CONFERENCIAS RELACIONADAS CON EL PROYECTO

Rosa María Aguilera-Guzmán

- Programa de Radio: *“América del Norte hoy: Sociedad, Política, Economía y Cultura”*. Centro de Investigaciones sobre América del Norte (CISAN) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Abril y Octubre, 2004.
- Foro Binacional de Salud México-California, León Guanajuato, México, Octubre 2004.
- Foro Binacional de Salud México-California, Chicago Illinois, EUA, Octubre 2005.
- XX Reunión Internacional de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Octubre 2005.
- Programa IMPACTO, desarrollado a finales del 2005 e inicios del 2006, en el marco del Tratado de Libre Comercio y en las instalaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, para la capacitación internacional de profesionales de salud mental en aspectos culturales del malestar y enfermedad mental.

SOLICITUD NUEVOS FINANCIAMIENTOS

Se solicitarán los fondos, ya asignados a este proyecto y no ejercidos, del Convenio con el ITESO, para continuar el trabajo con promotoras de salud comunitaria e incorporar el punto de vista de los familiares de emigrantes en el Manual Ir y Venir.

Se trabaja con la Dra. Mary Lou De León S, de la U. de Washington un nuevo anteproyecto enfocado a la salud mental de los menores emigrantes.

Referencias

Aguilar-Gaxiola SA, Zelezny L, Garcia B, Edmonton C, Alejo-Garcia C, Vega wA (2002). Translating research into action: Reducing disparities in mental health care for Mexican Americans. *Psychiatric Services*, 53(12):1563-1568.

Aguilera-Guzmán RM (2001), *Ausencia Paterna y Migración Internacional: Estresares y Compensadores relacionados con la Salud Mental de Adolescentes Tempranos*. Tesis para obtener el grado de Maestra en Ciencias. UNAM.

Aguilera-Guzmán RM, Carreño S, Juárez F (2004a). Características psicométricas del CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*, 27(6): 57-66.

Aguilera-Guzmán RM, Salgado de Snyder VN, Romero M, Medina-Mora ME (2004b). Paternal Absence and International Migration: Stressors and Compensators Associated with the Mental Health of Mexican Teenagers of Rural Origin. *Adolescence*, Vol 39(156):711-724.

Alderete W, Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S (1999). Depressive symptomatology: prevalence and psychosocial risk factors among Mexican migrant farmworkers in California. *Journal of Community Psychology*, 27:457-71.

Alegria M, Takeuchi D, Canino G, Duan N, Shrout P, Meng XL, Vega W, Zane N, Vila D, Woo M, Vera M, Guarnaccia P, Aguilar-Gaxiola S, Sue S, Escobar J, Lin KM, Gong F, (2004a). Considering context, place and culture: the National Latino and Asian American Study. *Int J Methods Psychiatr Res*, 13(4):208-20.

Alegria M, Vila D, Woo M, Canino G, Takeuchi D, Vera M, Febo V, Guarnaccia P, Aguilar-Gaxiola S, Shrout P (2004b). Cultural relevance and equivalence in the NLAAS instrument: integrating etic and emic in the development of cross-cultural measures for a psychiatric epidemiology and services study of Latinos. *Int J Methods Psychiatr Res*, 13(4):270-88.

American Psychiatric Association (APA) (2000). DSM-IV-TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington.

Atxotegui J (2000). Los duelos de la migración. En Perdiguero E, Comelles JM (eds) (2000). *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Ediciones Bellaterra. Barcelona, España, pp:83-100.

Berenzon S y Medina-Mora ME (2002). Servicios y recursos de atención a la salud mental de la mujer. En: Lara A, Salgado de Snyder (com) (2002). *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito*. Ed. Pax México, pp: 173-92.

Cohen A, Kleinman A & Saraceno B (2002). World Mental Health Casebook. Social and Mental Health Programs in Low-Income Countries. Kluwer Academic/Plenum Publishers. New York.

Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A (1997). *Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D. C. EUA.

González S (2004). La violencia conyugal y la salud de las mujeres desde la perspectiva de la medicina tradicional en una zona indígena. En: Torres M: *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. El Colegio de México. México, pp: 153-194-

Gutiérrez J, Delgado JM (1999). Teoría de la Observación. En Delgado JM, Gutiérrez J (Coordinadores). *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Ed. Síntesis, Madrid, España, pp:141-173.

Guarnaccia, P: *The mental health and adjustment of immigrant/refugee children*. A report prepared for the Committee on the Health and Adjustment of Immigrant Children and Families of the National Research Council and the Institute of Medicine. Department of Human Ecology. Rutgers University. New Brunswick, New York (S/F).

Lara MA, Acevedo M, Luna S, Weckmann C, Villarreal AL, Pego C (1996). *¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión*. Instituto Nacional de Psiquiatría e Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa. México. 4ª impresión. Editorial Pax, 2000.

Lara MA, Acevedo M, Luna S (2003). *Guía didáctica para el trabajo de grupo ¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión*. Instituto Nacional de Psiquiatría. México. Editorial Pax.

Lara A, Salgado de Snyder (com) (2002). *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito*. Ed. Pax México.

Larousse Ilustrado (2003). Novena Edición. México.

López G (1997). *La educación en la experiencia migratoria de niños binacionales*. Ponencia presentada en el XIX Coloquio de Antropología e Historia Regionales, del 22 al 24 de octubre de 1997.

López G (2003). *Diáspora michoacana*. El Colegio de Michoacán. México.

Martínez Á (2000). Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura. En Perdiguero E, Comelles JM (eds) (2000). *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Ediciones Bellaterra. Barcelona, España, pp: 249-275.

Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, y cols (2003). Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4):1-16.

Menéndez E (2000). Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos. En Perdiguero E, Comelles JM (eds) (2000). *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Ediciones Bellaterra. Barcelona, España, pp 163-188.

Moctezuma M (2001). Familias y redes sociales de migrantes zacatecanos en Oakland, California. En: Gomes C (com). *Procesos Sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*. FLACSO y Miguel ángel Porrúa. México.

Otegui R (2000). Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento. En: Perdiguero E, Comelles JM (eds) (2000). *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Ediciones Bellaterra. Barcelona, España, pp: 227-248.

Peifer KL, Hu T, Vega W (2000). Help seeking by persons of Mexican origin with functional impairments. *Psychiatric Services*, 51(10):1293-1298.

Perdiguero E, Comelles JM (eds) (2000). *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Ediciones Bellaterra. Barcelona, España.

Rulfo J (1975). *Pedro Páramo*. Fondo de Cultura Económica. México, pp 12.

Salgado VN, Díaz-Pérez MJ. (1994a). Factores psicosociales y conducta sexual riesgosa para el SIDA en mujeres rurales involucradas en la migración México-Estados Unidos. *Salud Reproductiva y Sociedad*, 1(3):9-12.

Salgado de Snyder VN, Maldonado M, (1994b): Características Psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en Mujeres Mexicanas Adultas de Áreas Rurales. *Salud Pública México*, 36:200-209.

Salgado VN, Díaz-Pérez MJ (2002). Salud Mental de las mujeres rurales: problemas, necesidades y alternativas. En: Lara A, Salgado de Snyder (com) (2002). *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito*. Ed. Pax México, pp151-72.

Scheper-Hughes N (1992). *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley. University of California Press.

Vega-Franco L (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. *Salud Pública de México*, 44(3):258-265.

Vega WA, Kolody B, Aguilar S, Alderete E, Catalano R, & Caraveo J. (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry*, 55:771-78.

Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S (2001). Help seeking for mental health problems among Mexican Americans. *J. Immigr Health*, Jul;3(3):133-40.

Vega WA, Scribney WM, Aguilar-Gaxiola S, Kolody B (2004). 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among Mexican Americans: nativity, social assimilation, and age determinants. *J. Nerv. Ment. Dis.* Aug;192(8):532-41.