

Representaciones sociales de los mexicanos desempleados y subempleados en torno a depresión y ansiedad: un estudio comparado; Chicago y ciudad de México*

Maritza Caicedo

Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM IIS-UNAM

En este artículo se analizan algunos factores que influyen en los bajos niveles de malestar psicológico entre inmigrantes mexicanos en Estados Unidos. Para ese propósito, usamos las representaciones sociales como una perspectiva teórico-metodológica, constatando que los niveles de malestar psicológico entre este colectivo son menores que entre sus coterráneos en México. Asimismo, encontramos que los inmigrantes tienen una idea general sobre la ansiedad y depresión, asignándoles una connotación negativa. Estos aspectos, aunados a los objetivos económicos de su proyecto migratorio, son algunos de los factores que explicarían los menores niveles de autoreporte de malestar psicológico en los inmigrantes mexicanos en ese país.

Palabras clave: ansiedad, depresión, desempleados, inmigrantes mexicanos, representaciones sociales, subempleados.

This article analyzes some factors that account for the low levels of psychological distress among Mexican immigrants in the United States. To this end,

* La autora agradece el apoyo financiero del Programa de Apoyos a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica de la Universidad Nacional Autónoma de México-UNAM, PAPIIT-IN301714, al Programa de Apoyos para la Superación del Personal Académico –PASPA– de la UNAM y el Programa de Investigación en Migración y Salud-PIMSA–grant 2013–14– que coordina la Universidad de California en Berkeley, así como el apoyo de la Universidad DePaul y de San Diego State University. Agradece también el apoyo de Esther Quintero, Howard Rosing, Susana Ortiz y Luz Elena Anguiano quienes facilitaron el desarrollo del trabajo de campo en Chicago y ciudad de México y a todas las personas que participaron en la investigación. Asimismo, reconoce los valiosos comentarios de Angélica Ospina y de los evaluadores de este artículo.

Mexican Studies/Estudios Mexicanos Vol. 37, Issue 1, Winter 2021, pages 123–156. ISSN 0742-9797, electronic ISSN 1533-8320. ©2021 by The Regents of the University of California. All rights reserved. Please direct all requests for permission to photocopy or reproduce article content through the University of California Press's Reprints and Permissions web page, <https://www.ucpress.edu/journals/reprints-permissions>. DOI: <https://doi.org/10.1525/msem.2021.37.1.123>.

we use social representations as a theoretical-methodological approach, noting that the levels of psychological distress among this group in Chicago are lower than among a comparable group of Mexicans in Mexico City. Likewise, we find that Mexican immigrants have a general understanding about anxiety and depression, assigning them a negative connotation. These perceptions, along with their economic goals as immigrants, are some of the factors that explain the lower levels of self-report of psychological distress commonly found among Mexican immigrants in the United States.

Keywords: anxiety, mental depression, Mexican immigrants, social representations, underemployed, unemployed.

¿Cómo? ¿No será al revés?
¿Cómo los gringos que tienen a su familia allá se van a deprimir más?
—Participante del Grupo focal 4

Introducción

Desde hace algunas décadas, se ha venido constatando que buena parte de los inmigrantes latinoamericanos en Estados Unidos viven en precarias condiciones socioeconómicas y, pese a ello, muchos tienen mejor salud física y mental que la población nativa. A esto se ha denominado “paradoja hispana” (Markides y Coreil 1986; Acevedo-García y Bates 2008; Thomson et al. 2013). Algunas de las explicaciones teóricas (Jasso et al. 2004) la atribuyen a la selección positiva de los migrantes, es decir, emigran las personas más saludables. Aunque Mathieu Ichou y Matthew Wallace (2019) argumentan que, debido a la ausencia de fuentes confiables y comparables, diversas investigaciones realizan sus mediciones a partir de datos recopilados en el país de destino —es decir, después de la emigración— por lo que en estricto sentido no se mide esa selección. Este artículo tiene por objetivo conocer algunos aspectos que influyen en los bajos niveles de malestar psicológico en inmigrantes mexicanos en Estados Unidos. Para tal propósito, nos apoyaremos en las representaciones sociales como una perspectiva teórico-metodológica que, como explicaremos más adelante, ayuda a comprender que el reporte de los síntomas asociados a la depresión y la ansiedad en los inmigrantes mexicanos debe interpretarse considerando las ideas, percepciones e imaginarios construidos en torno a estas enfermedades.

Disciplinas como la psiquiatría, la psicología y la sociología han dado cuenta de la relación negativa entre migración y salud mental (Vega, Kolody y Valle 1987; Vega y Rumbaut 1991; Thapa y Hauff

2005, Alegría et al. 2008; Breslau et al. 2011). A la vez, se ha enfatizado que la migración en sí misma no es la causante de las enfermedades mentales sino que las potencia cuando las personas enfrentan altos niveles de vulnerabilidad socioeconómica (Achotegui 2004).

William Vega et al. (1987) argumentan que la salud mental de los inmigrantes está condicionada por múltiples factores. Entre ellos destacan el estatus migratorio, las experiencias y la fase de la migración, el diverso proceso de adaptación a la sociedad de llegada, el nivel de concentración étnica, el perfil sociodemográfico, el tiempo de permanencia en el país de destino, los bajos ingresos y el desempleo. A éstos se suman las metas y las expectativas que se trazan desde que inician su carrera migratoria (Bhugra y Jones 2001).

La relación entre migración y salud mental se complejiza aún más cuando se considera el desempleo entre la población migrante. Así, una serie de investigaciones han dado cuenta del deterioro mental que sufren las personas cuando pierden su empleo (Eisenberg y Laszarfeld 1938; Jahoda, Laszarfeld y Zeisel 1971; Jin, Shah y Svoboda 1995; Galić y Šverko 2008; Tefft 2011). En Estados Unidos, minorías étnicas como los afroestadounidenses y ciertos inmigrantes afrocaribeños que viven en precarias condiciones socioeconómicas y experimentan elevadas tasas de desempleo presentan mayores prevalencias de enfermedades mentales que la población blanca nacida en Estados Unidos (Williams et al. 2007; Thapa y Hauff 2005; Alegría et al. 2008).

La teoría de la tensión estructural constituye un esfuerzo por explicar la relación entre las condiciones sociales y económicas en que viven los individuos y su salud mental. Aborda la manera en que las enfermedades mentales se asocian a la organización de la sociedad y sostiene que éstas tienden a concentrarse particularmente en los grupos con mayor desventaja socioeconómica (Thoits 2010). La epidemiología psiquiátrica también ha hecho hincapié en cómo los factores socioeconómicos influyen en la presencia de enfermedades mentales (Doherenwend y Doherenwend 1982; Kessler 1982).

La noción paradoja hispana en el contexto de estudios epidemiológicos plantea que, pese a las precarias condiciones socioeconómicas en que viven muchos latinoamericanos, éstos presentan menores niveles de morbilidad –en algunas enfermedades– y mortalidad que la población nativa. No obstante, este planteamiento no está exento de críticas. Según Alberto Palloni y Jeffrey Morenoffe (2001), el concepto encierra gran ambigüedad porque no se refiere a un grupo o situación específica sino que hace referencia a la mortalidad infantil, la mortalidad en adultos, el peso al nacer y la salud en adultos. Asimismo, la población de referencia resulta algo ambigua.

Alude a los inmigrantes mexicanos, a los inmigrantes latinoamericanos –excepto puertorriqueños– y a las personas de apellido español que viven en Estados Unidos pero que nacieron en otro país, y, además, considera como grupo de comparación a las personas blancas nacidas en Estados Unidos no hispanas y afroestadounidenses. Por su parte, Dolores Acevedo-García y Lisa M. Bates (2008) agregan que las ventajas en morbi-mortalidad no son exclusivas de los latinoamericanos, pues distintos grupos de inmigrantes tienen mejores niveles de salud que sus contrapartes nacidas en Estados Unidos. En general, se ha argumentado que algunos factores protectores de la salud mental, como la cercanía y el apoyo familiar, están presentes tanto en los latinoamericanos como en otras minorías étnicas (Mendelson et al. 2008).

Sobre la discusión previa, este artículo pretende responder a la pregunta, ¿Qué aspectos influyen en el bajo malestar psicológico en inmigrantes mexicanos en Estados Unidos? Como hipótesis, planteamos que si bien el bajo riesgo de desarrollar una enfermedad mental grave está asociado a múltiples aspectos –que no controlamos en este análisis– las representaciones sociales en torno a los síntomas de enfermedades como la depresión y la ansiedad juegan un papel central en el autoreporte de los mismos. Además, consideramos que las condiciones desde las que parte el migrante y sus expectativas de éxito en la sociedad receptora influyen en la forma de responder los cuestionarios sobre salud mental. El análisis se enfoca en las comparaciones entre inmigrantes mexicanos desempleados y subempleados en Chicago y no migrantes en ciudad de México en la misma condición.

El artículo está dividido en cuatro apartados. En el primero, presentamos una definición del concepto de representaciones sociales y destacamos su importancia para entender actitudes y comportamientos de los individuos frente a determinadas enfermedades. En el segundo, definimos los conceptos de depresión y ansiedad, y describimos ampliamente la estrategia metodológica empleada en nuestro estudio, fundamentada en metodología mixta. En el tercero, ofrecemos los resultados de la investigación, y en el cuarto, realizamos algunas reflexiones finales dejando asentado que las poblaciones estudiadas tienen una idea general sobre los conceptos empleados en la escala de malestar psicológico (K10; Kessler Psychological Distress Scale) y que a varios de éstos se les asigna una connotación negativa. Éstos, sumado a los propósitos de su proyecto migratorio, son algunos de los aspectos que podrían explicar los menores niveles de malestar psicológico en los inmigrantes.

Representaciones sociales

Las representaciones sociales aluden a la construcción social del conocimiento. Son formas de entender y comunicar la realidad y tienen lugar a partir de la intercomunicación cotidiana entre los individuos (Moñivas 1994). Para Serge Moscovici (1979, 33) las representaciones sociales “son sistemas que tienen una lógica y un lenguaje particulares, una estructura de implicaciones que se refieren tanto a valores como a conceptos, un estilo de discurso que le es propio. No los consideramos ‘opiniones sobre’ o ‘imágenes de’, sino ‘teorías’ de las ‘ciencias colectivas’ sui generis, destinadas a interpretar y a construir lo real.” En 1961, Moscovici desarrolló este concepto a través de su obra *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Su creación parte de la revisión del concepto de “representaciones colectivas” de Emilé Durkheim; que son “formas de conciencia que la sociedad impone a los individuos”, mientras que las representaciones sociales tratan de dar cuenta de aspectos sociales de la actividad mental y conductual de los individuos (Moñivas 1994, 411). En palabras del autor, “Son los conocimientos que una sociedad tiene y que funcionan como teorías de sentido común sobre todos los aspectos de la vida y de la sociedad” (Moñivas 1994, 411).

De acuerdo con Denise Jodelet (2011, 134), las representaciones sociales son una forma específica de conocimiento “ordinario”, que es incluido en la categoría de sentido común y tiene como particularidad la de ser socialmente construido y compartido en el seno de varios grupos. La función primordial de las representaciones, según la autora, es guiar las acciones y las prácticas dentro de la cotidianidad. Su interdependencia con la comunicación social contribuye a la creación y permanencia de lo que es común a un grupo social. Como se señaló, las representaciones sociales constituyen una herramienta teórico-metodológica que nos permite identificar sistemas de valores, interpretaciones e ideas que configuran una orientación actitudinal, bien sea positiva o negativa en torno a una realidad específica (Araya 2002). Además, nos permiten entender la manera en que los seres humanos observan el mundo, ya que se construyen a partir del sentido común, mismo que emplean para conducirse o definir una posición frente a distintos entes sociales (Ayestarán y Páez 1986; Araya 2002).

Las representaciones construidas en torno a las enfermedades mentales en cierta medida guían las actitudes y comportamientos de los individuos frente a las mismas. Conocer las ideas, las percepciones y los imaginarios que existen dentro de una población en torno a las enfermedades mentales nos ayuda a interpretar las

estadísticas en torno a determinada enfermedad. Pues como señalan Sabino Ayestarán y Darío Páez (1986), en un grupo social donde conceptos como el de enfermedad mental contienen una carga negativa, o donde la definición de los síntomas encierra una serie de prejuicios o mitos comúnmente reconstruidos a partir de un conocimiento que emergió desde la ciencia, diagnosticar la enfermedad, prevenirla y tratarla podría tornarse complejo.

De acuerdo con Ayestarán y Páez (1986), en Estados Unidos durante los años sesenta las enfermedades mentales fueron asociadas con cierto nivel de irracionalidad y falta de autocontrol. Cuando se hacía alusión al término, en el imaginario colectivo estaban presentes los desórdenes psicóticos graves. Según los autores, en Hispanoamérica las actitudes hacia la enfermedad mental siempre han sido menos negativas, particularmente entre la población más joven y con mayor nivel educativo y socioeconómico. Sin embargo, como es característico de toda representación social, las ideas o creencias sobre la enfermedad mental evolucionan a través del tiempo, y prevalecen actitudes positivas o negativas en torno a ella.

En el caso concreto de las familias mexicanoamericanas en Estados Unidos, existe la idea de que las enfermedades mentales generan estigma y exclusión. Janis H. Jenkins (1988) muestra cómo emplean el concepto de “nervios” para abarcar una amplia gama de enfermedades mentales, incluida la esquizofrenia, revelando con ello significados emocionales y simbólicos del mismo que tienen como objetivo reducir el estigma asociado a la enfermedad mental y reforzar el apoyo y la tolerancia al interior del seno familiar con la persona enferma.

Dado que en este artículo nos interesa identificar e interpretar el contenido de las representaciones en torno a algunos ítems de la escala de K10 Non-Specific Psychological Distress (NSPD) –desarrollada por Ronald Kessler para medir el Malestar Psicológico No Específico (MPNE)– trataremos de apegarnos al enfoque procesual de las representaciones sociales (Banchs 2000), es decir, partimos de la idea que las representaciones de los individuos entorno a estos ítems están ligadas a su contexto sociocultural. Para observarlo, nos apoyaremos en información recogida mediante grupos focales y en la aplicación de varios instrumentos que se describen en el apartado metodológico.

Estrategia metodológica

En este apartado, definimos brevemente los conceptos de depresión y ansiedad, y exponemos el método empleado en nuestro estudio. Como se indica en la introducción del artículo, nuestro propósito es

observar las representaciones en torno estas enfermedades y, a través de la escala de malestar psicológico (K10) que se construye sobre la base de distintos síntomas de depresión y ansiedad (descrita más abajo), establecer el riesgo de los participantes a desarrollarlas.

Depresión y ansiedad

La depresión es una enfermedad mental frecuente, caracterizada por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS 2016). “Es algo diferente a los cambios usuales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede llegar a ser un problema de salud preocupante cuando es de larga duración y su intensidad puede ser moderada o grave. En casos severos puede conducir al suicidio” (OMS 2016). De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud), ocupa el primer lugar entre las enfermedades mentales, más de trescientos millones de personas en el mundo la padecen y solamente se diagnostica y recibe tratamiento el 50 por ciento. Además, es una de las enfermedades que genera mayor discapacidad laboral y social.

La OMS (2016) señala que entre las principales dificultades para que las personas reciban tratamientos adecuados se encuentran escasez de recursos y de personal sanitario capacitados, la estigmatización en torno a las enfermedades mentales en distintas culturas y la evaluación clínica inexacta. El mismo organismo agrega que, en los distintos países del mundo, muchas personas con depresión no son diagnosticadas correctamente, mientras que otras que en realidad no la padecen con frecuencia son diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.

La ansiedad es definida en el *DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 4a ed. [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales]) “como la anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión... La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temidos” (American Psychiatric Association 1995, 780). A las personas con ansiedad les es difícil olvidar sus preocupaciones para concentrar su atención en las actividades que están desarrollando. Las personas adultas con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse por situaciones de la vida cotidiana como las responsabilidades

laborales, asuntos económicos, la salud de su familia, las pequeñas dificultades de sus hijos y otros problemas menores (las faenas domésticas, la reparación del automóvil o el llegar tarde a las reuniones) (American Psychiatric Association 1995, 445).

La ansiedad puede coexistir con distintos trastornos. Éstos incluyen trastornos del estado de ánimo como los trastornos depresivo mayor o distímico, con otros trastornos de ansiedad generalizada como el trastorno de angustia, fobia social, fobia específica, y con trastornos relacionados con sustancias como la dependencia o abuso de alcohol o sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; trastornos relacionados con el estrés como el síndrome del colon irritable y dolores de cabeza (American Psychiatric Association 1995). La prevalencia global de la ansiedad es cerca del 5 por ciento; de acuerdo con la OMS (2017), más de 260 millones de personas en el mundo tienen ansiedad.

Metodología mixta

El estudio que presentamos en este artículo utilizó un método mixto que combina el análisis cualitativo –a través de la realización de grupos focales– y cuantitativos –aplicación de la escala de K10 y otros instrumentos. Este es un proceso que recopila, vincula y analiza información cuantitativa y cualitativa para observar un fenómeno en el marco de una misma investigación (Greene et al. 1989; Plano et al. 2008). El uso de metodologías mixtas cada vez es más común en investigaciones en salud, puesto que la complejidad de los problemas asociados a este campo exige vincular el análisis epidemiológico con el social (Muñoz Poblete 2013). Como se planteó en la introducción, nuestro interés radica en analizar qué aspectos influyen en el bajo malestar psicológico de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos. Ello implica la aplicación de instrumentos para medir los niveles de malestar psicológico y conocer las representaciones en torno a los ítems o conceptos empleados por la escala. Esto sólo puede hacerse a través de técnicas cualitativas como grupos focales e instrumentos semiestructurados que permitan la interpretación de los participantes, las cuales se describen a continuación.

Triangulación concurrente

La triangulación concurrente es un diseño de investigación dentro de la metodología mixta, usualmente empleado en la investigación social para corroborar resultados y realizar “validación cruzada” entre la información cuantitativa y la cualitativa. Este ejercicio permite sacar

mayor provecho a las ventajas de cada uno de los métodos y aminorar sus limitaciones (Hernández, Fernández y Baptista 2010). Partiendo del supuesto de que la habilidad y la disposición a hablar de ciertos estados emocionales no son homogéneas para todos los grupos sociales (Terpe 2015), realizamos una triangulación concurrente que implicó la aplicación simultánea de instrumentos y discusiones en grupos focales en torno a los temas de interés en esta investigación.

Como describiremos adelante, los participantes primero respondieron la escala de K10 y posteriormente participaron en grupos focales, en los cuales se buscó indagar sobre los significados y la comprensión de los ítems de la escala. La combinación analítica de estos datos permite conocer cómo la comprensión particular de los ítems explica en parte la tendencia de los sujetos a responder de determinada manera a los mismos, lo cual deja ver que los instrumentos estandarizados, aunque suelen ser útiles para obtener información puntual y oportuna sobre diferentes aspectos de la salud de la población, no tienen un significado único e inequívoco (Terpe 2015).

Para tener una idea sobre la presencia de malestar psicológico en los inmigrantes mexicanos que participan en este estudio y establecer si esos resultados siguen la tendencia observada en el nivel nacional, se aplicó la escala de K10. Para observar si los resultados obtenidos tienen alguna relación con las ideas y percepciones en torno a los ítems de la escala, se aplicó un cuestionario breve en el que se pedía a los participantes definir varios conceptos de la misma. Además, para conocer valores y actitudes de los participantes en torno a la depresión, se presentaron –por escrito– dos casos hipotéticos de personas con síntomas de depresión sobre los cuales debieron opinar.

Universo de estudio

El universo de estudio lo conformaron inmigrantes mexicanos en Chicago y mexicanos en la ciudad de México. Todos los participantes contaban con dieciocho años o más y estaban desempleados o subempleados. Se estudia a población de origen mexicano por sus aparentes ventajas en materia de salud mental (Caicedo y Van Gameren 2016), por su importancia numérica en Estados Unidos, por su alta concentración en la ciudad de Chicago y por ser uno de los grupos étnicos en mayor desventaja socioeconómica en dicho país. Se observa a los mexicanos en su país de origen con el propósito de establecer si la migración ejerce alguna influencia en el autoreporte de los síntomas como en las representaciones de los participantes en torno a la depresión y la ansiedad. En la ciudad de México, se incluyeron tres grupos: un grupo de universitarios –principalmente

egresados—¹ para observar posibles diferencias de acuerdo al nivel socioeconómico en el reporte de síntomas y en las representaciones de las enfermedades; y dos grupos de personas de sectores populares del norte y el oriente de la ciudad de México, la comunidad de “La Asunción”² y la comunidad indígena de “Oriente”.³ Esta última se incluyó para establecer no tanto diferencias entre indígenas y no indígenas sino por su crecimiento en las últimas décadas en los flujos migratorios a Estados Unidos (Durand 2007), y porque también forma parte de las estadísticas de salud estadounidenses. En otras palabras, la inclusión de esta población obedece a la necesidad de tener un conjunto de participantes variado, como los que componen el stock de inmigrantes mexicanos en Estados Unidos y que seguramente están representados en las estadísticas de salud de dicho país.

Los desempleados son personas que durante la semana de referencia —previa a su participación en este estudio— no realizaban algún trabajo pagado, buscaron un empleo durante el último mes y estaban disponibles para ocuparse al ser solicitados. Los subempleados son las personas que durante la semana de referencia tuvieron un empleo de tiempo parcial (uno a treinta y cuatro horas) y buscaron emplearse de tiempo completo pero, por razones del mercado, no lo habían logrado. Se escogieron estos grupos por el conocido efecto negativo del desempleo y el subempleo en la salud mental de las personas (Dooley 2003; Friedland y Price 2003).⁴ Estas poblaciones se incluyen para conocer las representaciones de las personas en difícil situación laboral más que establecer comparaciones entre ellos; por tanto, no se fijaron cuotas. En Chicago, la mayoría de los inmigrantes eran subempleados, mientras que en ciudad de México la gran mayoría fueron desempleados.⁵

Vale mencionar que, en este estudio no se incluyeron inmigrantes de los estratos socioeconómicos más altos ni a la población

1. En su gran mayoría, eran personas que habían terminado el ciclo de materias de sus carreras; dos de ellos contaban con título de licenciatura y tres con estudios de secundaria.

2. El nombre original del barrio fue cambiado para garantizar el anonimato de los participantes.

3. El nombre original de la comunidad indígena fue cambiado para garantizar el anonimato de los participantes.

4. Las definiciones se construyeron a partir de los criterios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT; Glejberman 2012); *Current Population Survey (Encuesta Continua de Población)*; US Census Bureau 2015); y *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)*; INEGI 2014).

5. Para realizar el trabajo de campo fue necesario contar con las certificaciones del Institutional Review Board (IRB) a través de DePaul University.

blanca nacida en Estados Unidos no hispana, lo que restringe nuestra capacidad de establecer conclusiones respecto de la paradoja hispana. Tampoco se realizó un análisis de género que, sin duda, aportaría mayores elementos para comprender la salud mental de los inmigrantes en Estados Unidos.

Grupos focales

Los grupos focales suelen ser útiles cuando el propósito de la investigación es indagar acerca de valores, normas, ideas y percepciones sobre determinados grupos sociales. Este tipo de herramientas se usa cuando se buscan profundidad y calidad en la información más que cantidad o estandarización (Hernández, Fernández y Baptista 2010; Hamui-Sutton y Varela-Ruíz 2013). Durante los meses de agosto y noviembre de 2015, se realizaron tres grupos focales con inmigrantes mexicanos en Chicago y tres en la ciudad de México. Los primeros fueron contactados a través de una casa comunitaria ubicada en el noreste de Chicago, encargada de brindar diversos tipos de apoyo a inmigrantes mexicanos y de otras nacionalidades, tales como jornadas extraescolares para niños y adolescentes, enseñanza del idioma inglés, capacitación ocupacional, información en temas de salud, etcétera.⁶ Los grupos focales de la ciudad de México los conformaron egresados de universidades, miembros de un grupo comunitario del barrio La Asunción y del vecindario indígena de Oriente, el primero ubicado al norte de la ciudad de México y el segundo al oriente. Hubo entre ocho y quince personas por grupo, y cada sesión duró en promedio noventa minutos. A cada participante se leyó el consentimiento informado en el cual se explicitaron el objetivo de la investigación y el uso que se daría a la misma.⁷

La escala de K10⁸

De acuerdo con José Gabriel Espíndola Hernández et al. (2006), el malestar psicológico hace alusión a un conjunto de manifestaciones

6. Para garantizar el completo anonimato de los participantes, como lo establece el IRB, resguardamos los nombres de la organización y el centro comunitario que facilitaron la realización del trabajo de campo.

7. La investigadora responsable se encargó de la coordinación de los grupos focales, así como de recolectar, sistematizar y analizar la información obtenida.

8. Es importante señalar que la *National Health Interview Survey (NHIS)* utiliza una versión corta de la escala (K6) para medir el malestar psicológico (National Center for Health Studies 2014).

clínicas no patológicas y con raíces en el carácter del individuo, que deben recibir una atención psicológica específica. Su medición generalmente está basada en preguntas sobre ansiedad y depresión que son el foco habitual de las escalas del MPNE (Andrews y Slade 2001; Kessler et al. 2002). A través de esta escala, es posible predecir la probabilidad de desarrollar una enfermedad mental grave como depresión o ansiedad (Kessler y Mroczek 1994). En este estudio, empleamos la estratificación elaborada por el Commonwealth Copyright Administration (2005). La escala se mueve entre los valores de 10 y 50: una puntuación entre 10 y 19 indica que el individuo tiene bajo riesgo de presentar NSPD o MPNE; entre 20 y 24 representa un nivel leve; entre 25 y 29 un nivel moderado; y puntajes igual a 30 o más indican un riesgo alto de desarrollar un MPNE severo. Distintos investigadores constataron que las propiedades de la escala son estables en submuestras de las encuestas grandes, esto hace que la escala funcione bien cuando se aplica a minorías étnicas (Furukawa et al. 2003; Kessler et al. 2003; Kessler et al. 2002; Andrews y Slade 2001). Además, en este análisis calculamos el coeficiente Alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de los items de la escala y obtuvimos un valor de 0.89 que constata dicha consistencia.

En el estudio utilizamos la adaptación al español con las siguientes preguntas (WHO 2006):⁹ en los últimos treinta días, con qué frecuencia se sintió: “¿Cansado/a sin una buena razón?¹⁰ ¿Nervioso? ¿Tan nervioso que nada podía calmarlo? ¿Inquieto e intranquilo? ¿Tan impaciente que no ha podido mantenerse quieto? ¿Que todo era un gran esfuerzo? ¿Tan triste que nada le alegraba? ¿Sin mérito alguno?¹¹ ¿Desesperado? ¿Deprimido?”

Otros instrumentos

Los instrumentos para recabar información cualitativa se estructuraron con preguntas directas, y en dos de ellos se presentaron los casos hipotéticos arriba mencionados. Se preguntó a los participantes qué entienden por cada uno de los items de la escala y se les solicitó ejemplificar algunas situaciones. Por ejemplo, “¿Qué entiende usted por depresión? ¿Podría dar un ejemplo de cuándo una persona está deprimida? ¿Ha escuchado hablar de depresión antes? ¿En dónde?” Los casos hipotéticos nos permitieron captar de manera

9. Vale mencionar que K10 ofrece una adaptación al español de España (WHO 2006).

10. Este ítem no lo usa *NHIS* en la escala K6.

11. En este ítem se usó la pregunta textual en español como aparece en la *NHIS*.

indirecta percepciones de los participantes en torno a síntomas de depresión. Estos casos se construyeron a partir del conocimiento que se tiene sobre actitudes e ideas de inmigrantes latinoamericanos en torno a las enfermedades mentales (Guarnaccia y Rodríguez 1996; Stompe et al. 2011). Se pidió a los participantes que leyeran dos casos en los que se describen personas con síntomas claros de depresión y que, a través de una escala tipo Likert, respondieran que tan de acuerdo estaban con las afirmaciones que describían la situación de esas personas.¹² En el análisis de la información cualitativa se utilizó el método de comparación constante (Strauss y Corbin 2002) comúnmente usado para observar la información recolectada a través de grupos focales (Onwuegbuzie et al. 2011), mismo que implicó el empleo de codificación abierta y selectiva.

Resultados

En la tabla 1 se presentan algunas características demográficas de los participantes. Como se mencionó, los participantes de Chicago estaban adscritos a una casa comunitaria de un vecindario ubicado al noreste de la ciudad. Varios de éstos eran ciudadanos estado-unidenses –principalmente los del tercer grupo–. Adelante se muestra que aspectos como la participación comunitaria, la mayor permanencia en el país y la condición de ciudadano inciden en las representaciones que construyen los inmigrantes en torno a las enfermedades.

En todos los grupos, hubo mayor participación de mujeres, excepto en el de universitarios en ciudad de México, lo que en parte se explica por el mayor nivel de desempleo y subempleo de las mujeres mexicanas (INEGI 2019). Las edades de los participantes fueron muy diversas y con medias generalmente por encima de los treinta años; solamente el grupo de personas de la comunidad del Oriente tuvo una media por debajo de este valor. En los grupos de Chicago, primaron las personas con niveles bajos de escolaridad, generalmente con estudios de primaria o secundaria. El grupo de universitarios en ciudad de México constituyó la población con mayor escolaridad, mientras que los participantes de las comunidades La Asunción y los del Oriente contaron con los niveles más bajos –primaria o estudios de secundaria incompletos–. Estas diferencias se deben a la selección de las muestras.

12. La escala de Likert “consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes” (Hernández, Fernández y Baptista 2010, 238).

Tabla 1. Características demográficas de los participantes en los grupos focales

Grupos focales	Número de participantes	Características generales del grupo	Escala de K10: % de personas con nivel leve, moderado o alto de MPNE
Grupo 1	10	Desempleados y subempleados. En su mayoría mujeres (80%). Edad promedio: 35 años.	69.6
Inmigrantes mexicanos		Escolaridad: 3 con estudios hasta 9 de secundaria, 3 con preparatoria completa y 4 con estudios de licenciatura.	
Centro comunitario de Chicago	9	Desempleados y subempleados. En su mayoría mujeres (90%). Edad promedio: 31 años.	
		Escolaridad: 5 personas con primaria, 2 con secundaria y 2 con preparatoria completa.	
	7	Desempleados y subempleados. En su mayoría mujeres (70%). Edad promedio: 39 años.	
		Escolaridad: 5 personas con primaria, 1 con secundaria y 1 con preparatoria completa.	
Grupo 2	13	Desempleados y subempleados. Mayoría hombres (54%). Edad promedio: 30 años.	76.9
Universitarios ciudad de México		Escolaridad: 10 con estudios de licenciatura o más, 3 de ellos con estudios de secundaria.	

Grupo 3	15	Desempleados y subempleados. Predominio de mujeres (90%).	100
La Asunción		Edad promedio: 39 años.	
Norte de la ciudad de México		Escolaridad: La gran mayoría (14) se ubicaron en niveles de primaria o secundaria. Hubo una persona con estudios de licenciatura incompletos.	
Grupo 4	8	Desempleados y subempleados. Predominio de mujeres (60%).	66.7
Vecindario indígena "Oriente"		Edad promedio: 23 años.	
Oriente de ciudad de México		Escolaridad: 1 analfabeta, 4 personas con estudios de primaria y 3 con secundaria.	
Total participantes	62		

Fuente: Elaboración propia, con base en K10.

Tabla 2. Escala de K10, grupos focales, 2015

Nivel de Malestar Psicológico No Específico (MPNE)	Número de personas			
	Inmigrantes mexicanos	Universitarios D. F.	Habitantes de “La Asunción”	Habitantes de “Oriente”
10–19, Es probable que esté bien	7	3	0	2
20–24, Riesgo de MPNE leve	4	2	6	3
25–29, Riesgo de MPNE moderado	3	4	2	0
30–50, Riesgo de MPNE severo	9	4	5	1
Total	23	13	13	6

Fuente: Elaboración propia, con base en K10.

La mayoría de los participantes experimenta un nivel leve, moderado o alto de MPNE, pero se observan diferencias por grupo. En el caso de los inmigrantes, se confirma la tendencia observada en el nivel nacional a obtener bajos puntajes en K10 (Caicedo y van Gameren 2016). Los universitarios y los habitantes de La Asunción reportaron mayores niveles de MPNE, pero los inmigrantes, tal y como lo han constatado previas investigaciones (Caicedo y van Gameren 2016), tienen mayor riesgo de experimentar una enfermedad mental grave (tabla 2).

Todos los grupos expresaron preocupación e inconformidad con su situación de desempleo o subempleo; estos sentimientos se agudizan cuando los individuos enfrentan presiones económicas. Pese a que comparten la condición de desempleados o subempleados, las demandas de los participantes son distintas. En las personas con bajos niveles de escolaridad, siempre salta la preocupación por la escasez de recursos económicos, mientras que entre universitarios se observó un sentimiento de impotencia y enojo por no contar con las posibilidades de acceder a un empleo, más aún cuando consideran que realizaron una inversión en educación que en la actualidad no es redituable. Además, señalaron que el principal problema no es la falta de empleo sino la calidad de los trabajos que se ofrecen a jóvenes profesionales, generalmente mal pagados y de corta duración.

Antes de iniciar la discusión en los grupos focales, se pidió a cada uno de los participantes escribir el significado de tristeza, desesperación, intranquilidad, nervios, impaciencia y depresión. Luego, en el marco de la discusión y a partir de preguntas puntuales de la moderadora del grupo, cada uno expresó oralmente sus ideas sobre los mismos, y se recogieron criterios unificados (tabla 3). Esto nos permitió conocer las representaciones en torno a los síntomas asociados a depresión y ansiedad. Hemos de señalar que, aunque se trata de conceptos usados cotidianamente, la definición puntual de los mismos no es un ejercicio sencillo, aún en personas con alta escolaridad. Las definiciones sobre tristeza son similares en todos los grupos: se considera como la ausencia de alegría provocada por eventos dolorosos, y también se define como una emoción sobre la que no tiene control el individuo. En la mayoría de los grupos, la definición de desesperación es imprecisa: para algunos es un síntoma de ansiedad, para otros es provocada por problemas de la vida cotidiana como el desempleo. En el caso de los inmigrantes, se identifica como una consecuencia de la discriminación y de los conflictos familiares; incluso, para algunos, es un sinónimo de ansiedad. La intranquilidad fue definida literalmente como la ausencia de sosiego: para algunos es un estado de ánimo generado por situaciones como la falta de trabajo, pero, por lo general, se interpreta como un sinónimo de ansiedad.

De acuerdo con el *DSM-IV* (American Psychiatric Association 1995, 867), el término nervios alude a malestar entre los grupos latinos de Estados Unidos y Latinoamérica. Los nervios se refieren tanto a un estado de vulnerabilidad frente a experiencias de estrés cotidiano como a un síndrome producido por circunstancias difíciles en la vida. Incluye una amplia variedad de síntomas de malestar emocional, alteración somática e incapacidad para la actividad. Los síntomas más frecuentes son cefaleas y “dolor cerebral”, irritabilidad, alteraciones gástricas, trastornos del sueño, nerviosismo, llanto fácil, dificultad para concentrarse, temblor, sensación de escalofríos y prurito, y mareos. Los nervios tienden a ser un problema continuo, aunque variable en el grado de incapacidad que provoca.

Para algunos participantes, son alteraciones en el cuerpo y se presentan cuando las personas están en “situaciones estresantes” como hablar en público y sentirse observadas. Todos los participantes coincidieron en que se trata de un estado del cuerpo sobre el que el individuo tiene completo control, es decir, es un estado que el individuo debe ser capaz de manejar; por tanto, sentir nervios, para los participantes, “es no saber controlar las emociones” – contrario a lo que se señala de la tristeza–. En algunos casos, el

Table 3. Ejemplos dados por los grupos focales de cuando una persona:

[Está] cansado sin una buena razón ^a	[Está] deprimido ^b	Se siente sin mérito alguno ^c
Significados comunes de las escalas	<p data-bbox="264 598 292 1414"><i>Sentirse débil o sin fuerzas sin una explicación aparente</i></p> <p data-bbox="298 598 476 998"><i>Presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración</i></p>	<p data-bbox="264 295 292 572"><i>Sentirse sin valor alguno</i></p>
Comprensión de los enunciados	<p data-bbox="487 598 706 998">Cuando alguien está afectado por algo que le está pasando y piensa que no tiene solución. Cuando una persona solo quiere estar durmiendo. Cuando alguien pierde a un ser querido.</p>	<p data-bbox="487 156 706 572">Alguien que por flojera no tiene metas. Cuando tiene su autoestima baja y no se valora. El mérito se lleva en la mente y en el corazón. Cuando no tiene otra opción y hace las cosas por obligación. Por tener mucha soledad, se siente sola sin ningún motivo. Sentir que nadie valora lo que hace, sentir que no vale nada.</p>
Grupo 1	<p data-bbox="717 598 935 998">Es una persona que no tiene problemas, que es aburrida o perezosa. No tiene ganas de hacer nada. Cuando alguien no se quiere levantar, porque está cansado de hacer lo mismo siempre. Cuando alguien está deprimido.</p>	<p data-bbox="717 156 935 572">Cuando no reconocen tu trabajo. Una persona que no se valora, hace las cosas a cambio de nada. Cree de los demás hacen mejor las cosas.</p>
Grupo 2	<p data-bbox="947 598 956 998">Está triste, desarreglo personal. Se aísla, no quiere saber de nada ni nadie, no importan las muestras de afecto. Está al borde del suicidio.</p>	<p data-bbox="947 156 956 572">Está al borde del suicidio.</p>

<p>Grupo 3 Cuando no tenemos ya por quien ver y decidimos que estamos cansados ya de lo que hicimos. Quieres estar durmiendo todo el tiempo, cuando la persona no durmió bien. Cuando la persona está enferma, preocupada o tiene alguna debilidad. Cuando estoy parado todo el día.</p>	<p>Todo le molesta, no está de acuerdo con lo que tiene, porque no tengo independencia económica, no tengo trabajo. Es una persona que llora mucho, no se quiere levantar a bañarse, puede llegar a matarse.</p>	<p>Cuando una persona es incapaz de ver el valor en las cosas que hace. Cuando hago la limpieza en mi casa y no lo reconocen.</p>
<p>Grupo 4 Cuando estoy parado todo el día, por flojera, cuando llego de trabajar y me siento cansado. Por haber trabajado demasiado o haber cargado algo pesado. Platicar o ir a una fiesta me cansa mucho.</p>	<p>Por mis padres, cuando se pelea con una persona, tiene ganas de llorar, no tiene ganas salir.</p>	<p>Cuando salgo de trabajar y no tengo nada qué hacer. Cuando hago algo y siento que no me queda bien.</p>

Fuente: Elaboración propia.

^a Este ítem se elaboró a partir de la revisión de las adaptaciones al español de K10 and K6 Scales (WHO 2006).

^b Definición tomada de OMS 2016.

^c Tomado textualmente de *NHIS* (National Center for Health Statistics 2014).

concepto fue definido como ansiedad; incluso se señaló que existe tratamiento para ello. La impaciencia se asoció con la ausencia de algo o cuando no se quiere ayudar a alguien; para otros es la pérdida de calma o desesperación por realizar algo.

Los participantes –en particular, los inmigrantes y los universitarios– reflejan mayor claridad al definir el concepto de depresión que otros items de la escala. Algunos la reconocen como una enfermedad e identifican varios de sus síntomas, que particularmente aluden a un estado de depresión severa. Varios participantes, especialmente los del La Asunción y del Oriente, manifestaron no sentirse en capacidad de definir algunos conceptos. Pese a ello, contestaron todas las preguntas de la escala de K10. Grosso modo, se puede señalar que los participantes tienen una idea general de los términos y conceptos usados en la escala, aunque en ocasiones hay cierta imprecisión a la hora de presentar las definiciones de forma oral o por escrito. La recurrencia al ejemplo para definir los conceptos da cuenta de ello, pero, en estricto sentido, no significa que los participantes no tengan una idea general sobre los mismos.

Respecto de los indicadores de K10 “Cansado sin una buena razón; Deprimido; y Sin mérito alguno”, en general, entre los inmigrantes se observó una fuerte carga negativa en torno a estos síntomas. El primero se asoció con pereza (tabla 3). De nuevo se asigna al individuo la responsabilidad de decidir si se mantiene o no en determinado estado, y también lo adjudican a la monotonía. Solo dos personas estuvieron de acuerdo en que podría deberse a una posible depresión. Entre los universitarios, se planteó que además de la “flojera” –pereza, apatía o desidia– puede tratarse de una desmotivación de las personas para realizar las actividades que comúnmente hacen. En La Asunción, se asoció a un cierto hartazgo –“cuando no tenemos por quién ver y decidimos que estamos cansados”– al cansancio por alguna actividad física y al hecho de estar enfermo, preocupado o débil. Entre los participantes del Oriente, la expresión se asoció estrictamente a la “flojera” y al cansancio por la actividad física.

En los grupos existe una idea generalizada de que cuando una persona está deprimida, se siente triste, mantiene un bajo estado de ánimo, un deseo permanente de dormir, descuida su presentación personal y recurre al aislamiento social. Esto corrobora que hay un conocimiento socialmente compartido en torno a la depresión y que se reconoce como una enfermedad mental que incapacita al individuo para llevar a cabo sus actividades cotidianas.

En torno a la expresión “Sentirse sin mérito alguno”, hubo menor consenso, pero por lo general, se asigna una valoración negativa al síntoma y además se atribuye a una falta de responsabilidad del

individuo y de autocontrol. Casi todos los grupos identificaron esta frase con el hecho de sentir que no valoran su trabajo o cuando una persona siente que las cosas no le quedan bien, pues argumentan que “el mérito se lleva en la mente y en el corazón”.

Se preguntó a los participantes si tenían conocimientos previos sobre estas enfermedades. En su gran mayoría, contaban con alguna información que había sido adquirida a través de medios de comunicación masiva como radio, televisión y a través de profesionales de la salud. En el caso de los inmigrantes, algunos habían recibido información a través de casas comunitarias o en folletos disponibles en instituciones de salud. Algunos universitarios expresaron además haber leído documentos científicos. En los grupos de La Asunción y del Oriente, hubo personas que no conocían los significados de depresión y ansiedad. Algunos habían experimentado depresión, y, en general, la gran mayoría había tenido una experiencia cercana con las enfermedades, a través de familiares o amigos. Es de resaltar que entre estos grupos hubo mayor cantidad de personas que tuvieron dificultades para definir los conceptos. Los inmigrantes y los universitarios parecen estar más informados en torno a temas relacionados con la depresión y la ansiedad.

Para complementar este análisis, se presentaron dos casos hipotéticos de depresión, y en torno a ellos se formularon cuatro enunciados, tipo Likert, tendientes a recoger sus ideas y actitudes sobre depresión. En cada enunciado debían expresar su nivel de acuerdo o desacuerdo. En el primer caso, se describió la situación de una mujer que, por una ruptura sentimental, presenta durante tres semanas varios de los síntomas de depresión: tristeza, pérdida de la capacidad para disfrutar la vida, falta de energía y concentración, sentimiento de impotencia, pesimismo y sentimientos de culpa. Como resultado, se obtuvo una tendencia generalizada a considerar la depresión como una situación negativa que debe evitarse y un asunto de completa voluntad del individuo.¹³

El segundo caso narraba la situación de un hombre con algunos síntomas asociados a la depresión y consumo excesivo de alcohol. Los enunciados estaban encaminados a establecer qué tanto los participantes lograban identificar los síntomas de la enfermedad y sus ideas sobre la conducta de alguien que vive una depresión. En este caso, hubo opiniones divergentes; cerca de la mitad de los participantes opinaron que la actitud del personaje era irresponsable, y para el resto se trataba de una situación difícil que experimentaba

13. Se seleccionaron casos de depresión por la mayor familiaridad de los participantes con la enfermedad.

la persona y que podría estar asociada a la depresión. Es importante señalar que las interpretaciones de los participantes sobre estos casos probablemente se vieron limitadas por el formato con que se plantearon las preguntas.

Una vez se obtuvieron las percepciones, opiniones, ideas e imaginarios de los participantes en torno a la depresión y la ansiedad, se recabaron sus opiniones sobre algunas estadísticas oficiales de salud mental de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos en años recientes, las cuales presentamos a continuación.

En torno a la paradoja hispana

Se presentaron a cada grupo algunas estadísticas sobre salud mental en la población estadounidense para conocer las opiniones y actitudes de los participantes en torno a la paradoja hispana. El ejercicio permitió identificar cierta ambigüedad en torno a la misma, pues, aunque les causó sorpresa –porque no imaginaban que los inmigrantes mexicanos tuvieran mejor salud mental que las personas blancas nacidas en Estados Unidos– trataron de explicarla aludiendo a su identidad cultural y a la cohesión que les permite enfrentar adversidades y hostilidades en el país, pero, en general, consideraron que la depresión y la ansiedad son enfermedades comunes en los inmigrantes mexicanos. Los siguientes argumentos –tomados de las discusiones plenarios en de los grupos focales– armonizan con aquello planteado desde la teoría de las tensiones estructurales y en particular desde algunos estudios sobre migración y salud mental citados, los cuales enfatizan que la vulnerabilidad socioeconómica hace proclive a las personas a desarrollar enfermedades mentales, en la medida en que la mayoría supone que la depresión se presenta por la falta de recursos económicos. Además, corroboran la idea de que “la depresión y la ansiedad son enfermedades que puede superar el individuo” de manera autónoma.

Los mexicanos estamos acostumbrados, porque acá no tienes dinero, buscas trabajo y tampoco lo encuentras . . . , pero los gringos, aunque estén en tiempos de crisis, no están acostumbrados a eso. Además, ellos llevan una vida muy tranquila; en cambio, los mexicanos siempre están movidos y somos alegres. (Grupo focal 4 de ciudad de México, discusión plenaria)

La depresión siempre está presente en los mexicanos, porque están lejos de su país, por la soledad, porque siempre tienen miedo por no tener papeles, porque no saben hablar el inglés. Sienten mucha tristeza, sobre todo en Navidad y en las fiestas patrias. No se diga cuando muere un familiar y uno no puede ir a enterrarlo. Se deprimen, pero le echan ganas. (Grupo focal 2 de Chicago, discusión plenaria)

La mayoría de las personas, tenemos depresión porque muchas veces no tenemos los recursos económicos, entonces eso nos frustra, los problemas en casa, con los hijos. . . . Entonces todo eso nos va bajando la autoestima y yo creo que a nosotras como mujeres más. (Grupo focal 3 de ciudad de México, discusión plenaria)

Otro de los argumentos que ofrecen los participantes para explicar la paradoja, tiene que ver con las expectativas de éxito con las que llegan al país. Al parecer, éstas se convierten en un factor protector de la salud mental cuando en el individuo permanece constante el deseo de alcanzar las metas trazadas. Esto apoya parte de nuestra hipótesis en donde se plantea que las condiciones desde las que parte un individuo, así como las expectativas con las que se desplazan al lugar de destino, juegan un papel central en el reporte de los síntomas de estas enfermedades.

Tenemos depresión, pero somos una raza trabajadora. Nuestra mayor satisfacción es ayudar a la familia, como en México se sufre mucho; uno llega aquí y no se deja caer, uno tiene que tener elevado el espíritu y la mente. Por eso, los mexicanos que vienen a triunfar no se dan por vencidos tan fácilmente.

El costo de estar aquí es alto para todos y el trabajo siempre es rutinario, pero la mentalidad que traemos es hacer dinero, porque en México los estudios no valen nada; acá podremos estar mal, pero nuestra meta es hacer dinero.

Nosotros no tenemos permitido deprimirnos. Tengo setenta años, muchos de vivir en este país, y ningún día de mi vida yo puedo dejar de trabajar. Si me enfermo, ¿cómo pago las cuentas, cómo apoyo a mis nietos? A los mexicanos no se nos permite estar deprimidos. (Grupo focal 2 de Chicago, discusión plenaria)

Pues en Estados Unidos tengo un familiar, antes llamaba seguido; decía que todo allá era muy duro y se sentía solo. Después empezó a tener amigos y salía a tomar y a cotorrear con ellos, y pues eso lo distraía del estilo de vida y de tanto trabajo que tiene. Pero, pues él sabe que tiene que echarle ganas, porque como quiera que sea, allá está ganando en dólares. (Grupo focal 4 de ciudad de México, discusión plenaria)

Aunados a “la fuerza de voluntad”, el deseo de salir de la pobreza y las precarias condiciones de vida en general, hay elementos que han sido ampliamente discutidos en la bibliografía sobre el tema (Aguilar-Gaxiola et al. 2008) como la vida comunitaria y las prácticas religiosas que, según los inmigrantes, les permite proteger su salud mental: “Los libros de superación, la Biblia y la fe es lo que no nos deja deprimirnos” (Grupo focal 2 de Chicago, discusión plenaria).

En los participantes existe una idea generalizada, en especial entre los inmigrantes, de que los mexicanos no son dados a socializar sus problemas de salud mental, lo que hace pensar que las enfermedades mentales son un asunto circunscrito al terreno de lo privado. Los inmigrantes afirmaron que es difícil dar este tipo de información a un desconocido o una persona con quien no tienen la suficiente confianza, pero sí a un profesional de la salud, mientras que el grupo de universitarios señaló que lo podrían hablar con alguien de confianza, pero que incluso a veces es más fácil hablar de estos temas con un desconocido que con las personas cercanas, porque siempre se tiende a estigmatizar a la gente que padece alguna enfermedad mental:

Bueno, más bien..., yo creo que la sociedad mexicana es muy dada a presumir de estar bien, por ejemplo, en realidad el sentimiento de tristeza, cuando se tiene, degrada, es algo que se oculta, o sea, porque cuando estás triste, eres débil. Yo al menos preferiría guardarme la tristeza, porque en México tienes que maquillarte y salir a decir que estás entero y que estás muy bien, porque en realidad no puedes andar manifestándote de esa manera. Eso no es bien visto por los mexicanos. (Grupo focal 1 de ciudad de México, discusión plenaria)

En el grupo focal 2 de Chicago, se expresaron dos razones más por las que las personas no reportan los síntomas de depresión y ansiedad. Primero, porque se cree que ser diagnosticado con una enfermedad mental puede generar estigmatización y exclusión social, y segundo, porque un enfermo mental puede ver truncada cualquier posibilidad de convertirse en ciudadano de ese país, puesto que “se prefiere siempre a las personas sanas”.

A continuación, se presenta el relato de una persona que vive hace más de veinte años en Chicago, y pese a que cuenta con estudios de licenciatura (sin título), siempre le ha sido difícil conseguir un empleo –y los que consigue generalmente son de bajo perfil y mal pagados–. Es importante señalar que en el momento de la entrevista estaba pasando por una angustia psicológica muy fuerte, de lo cual era consciente, pero no estaba dispuesta a consultar a un especialista en salud mental antes de regularizar su situación migratoria:

La gente no platica sus problemas a otras personas, porque cuando le identifican un problema psicológico a uno, lo excluyen, lo ponen aparte como lo hacen acá en las escuelas con los niños que son hiperactivos –les empiezan a dar medicamentos y esos pobres niños están aislados siempre–. Yo lo sé, porque yo estuve trabajando como auxiliar de clase en una escuela y veía lo que hacían con ellos. Aquí no es como en México, donde la niñez está para jugar, para recrearse; acá quieren que los niños todo el tiempo estén sentados quietos.

Ahora bien, cuando uno tiene como meta regularizarse, si le identifican a uno un problema de depresión, esa es ya una condición para que te nieguen la ciudadanía, porque no quieren enfermos, y la depresión es una enfermedad. Aquí en Estados Unidos tienen todos los datos de uno, entonces ellos saben si uno está enfermo o no; a nadie le dan la naturalización si tiene un problema mental.

A mí solo me falta un año para obtener la ciudadanía. Cuando la obtenga, iré a ver a un psicólogo, porque la verdad, tengo todos los síntomas del formato que llenamos. (Grupo focal 2 de Chicago)

El grupo focal 3 de Chicago, además de las características mencionadas antes, contaba con la cualidad de estar conformado por inmigrantes con mayor permanencia en Estados Unidos, todos procedían de Michoacán y, en su mayoría, eran ciudadanos; además, se trataba de personas con una larga historia de participación comunitaria. A ellos, además de las preguntas realizadas a los otros grupos, se les preguntó si ser enfermo mental reducía las posibilidades de obtener la ciudadanía, y todos estuvieron de acuerdo en que de ninguna manera le negarían la ciudadanía a alguien por tener una enfermedad mental. También se preguntó qué opinaban sobre los mayores niveles de malestar psicológico encontrado entre los hijos de los inmigrantes mexicanos, es decir, las segundas generaciones. Los participantes consideran que ellos se estresan más porque deben atender las demandas de una sociedad que muchas veces les discrimina:

Los hijos se estresan, porque viven en un ambiente de competencia, están en función de adquirir permanentemente cosas materiales, mientras que los mexicanos mantenemos en contacto con otros paisanos –por ejemplo, en las fiestas llevan mariachis–; además, juntarnos con la familia, platicar nuestros problemas entre nosotros ayuda mucho. Eso no lo tienen los jóvenes, porque ellos se meten en el mundo de esta sociedad que es tan difícil. (Grupo focal 3 de Chicago, discusión plenaria)

En resumen, los grupos focales nos permitieron destacar tres aspectos importantes: Primero, para los mexicanos en Chicago como en la ciudad de México, la falta de empleo juega un papel central en la aparición de algunos síntomas de depresión y ansiedad, y esta apreciación es indistinta al perfil educativo. Segundo, la aplicación de K10, las definiciones y las discusiones sobre los items de la escala nos permitieron constatar que los instrumentos estandarizados logran captar con cierta fidelidad el grado de malestar psicológico en los individuos, pues los items emplean términos que, aunque en muchos casos resulte difícil definirlos puntualmente, son del conocimiento de la mayoría de los participantes. Sin embargo, aunque la

mayor parte de los participantes en este estudio posee un conocimiento general de esos términos y conceptos, hay una minoría que no tiene suficiente claridad sobre ellos, y, precisamente, son las personas del vecindario indígena del Oriente. Este aspecto resulta relevante si se toma en cuenta que, desde hace algunas décadas, los indígenas se han incorporado significativamente a los grupos migratorios a Estados Unidos (Durand 2007).

Tercero, se pudo confirmar, como lo han mostrado varias investigaciones en otros contextos (Ayestarán y Páez 1986), que en el imaginario de las personas aspectos como la desesperación y los nervios se presentan por la falta de autocontrol de los individuos. Ello conlleva a que, pese a que la mayoría considera a la depresión y la ansiedad como enfermedades mentales, se atribuya al individuo la capacidad o “voluntad” de salir o quedarse en ellas. Asimismo, aunque los universitarios hicieron alusión al carácter biológico de las mismas, primó la idea de que el apoyo familiar es fundamental para superarlas y, por tanto, su tratamiento se circunscribe al ámbito de lo privado. Esta actitud podría estar asociada a un deseo –no explícito– de reducir el estigma asociado a la enfermedad y reforzar el apoyo y la tolerancia al interior del seno familiar con la persona enferma (Jenkins 1988).

Reflexiones finales

Este artículo tuvo como propósito analizar algunos aspectos que influyen en los niveles de malestar psicológico en inmigrantes mexicanos en Estados Unidos. Empleamos las representaciones sociales como una perspectiva teórico-metodológica que nos permitió conocer las ideas, actitudes y percepciones de los inmigrantes en Chicago y no migrantes en ciudad de México en torno a los conceptos de la escala de malestar psicológico. Utilizamos la escala K10 y constatamos que los niveles de malestar psicológico son menores en inmigrantes en comparación con sus coterráneos en México. Comprobamos que ambas poblaciones tienen una idea general sobre los conceptos empleados en la escala que miden malestar psicológico y que a varios de éstos se les asignan una connotación negativa. Éstos, sumado los propósitos de su proyecto migratorio, son algunos de los aspectos que podrían explicar los menores niveles de malestar psicológico en los inmigrantes.

Observamos que parte de las representaciones de los inmigrantes sobre depresión y ansiedad se construyó previamente a la emigración, pero que en cierta medida ha sido reelaborada con el proceso migratorio. Por ejemplo, los inmigrantes que han recibido

mayor información, a través de su participación activa en casas comunitarias, tienen claro que las enfermedades mentales no deben ser motivo de exclusión social, pero comparten con los demás grupos que la depresión y la ansiedad se superan con la voluntad del individuo. Una situación similar se observó entre los universitarios que han recibido más información científica sobre estas enfermedades pero, como los demás, consideran que su tratamiento se fundamenta en el apoyo familiar y de amigos cercanos.

Respecto de la escala K10, se constató que la mayoría de los participantes tiene una comprensión general de los items, aunque no unívoca. Las diferencias en las interpretaciones parece que obedecen más a la traducción que se hace al español de algunos items que a la esencia misma del item. Ello se observa particularmente cuando se traduce al español, “During the past 30 days, how often did you feel . . . Worthless?” como “Sentirse sin mérito alguno” (National Center for Health Statistics 2014). Esto nos sugiere que, aunque se trata de una escala ampliamente validada y que probablemente no todos los inmigrantes mexicanos decidan contestar el cuestionario de la *NHIS* (*National Health Interview Survey*) en español, un fraseo distinto podría reducir la ambigüedad; por ejemplo, en lugar de la expresión “Sentirse sin mérito alguno”, usar “Sentir que no vale nada” o “Sentirse sin valor alguno”. Lógicamente este intento no implicaría un cambio en la manera como se concibe el síntoma por los inmigrantes, por su connotación negativa, pero garantiza una comunicación asertiva.

El empleo de metodología mixta nos permitió establecer que los cuestionarios estandarizados suelen ser muy útiles para evaluar la morbilidad de una población en un contexto específico, pero tienen limitaciones, como todo instrumento de medición. Por medio de éstos, no es posible conocer los motivos de la mayor o menor presencia de una enfermedad en poblaciones específicas, una posibilidad que nos brindan las técnicas cualitativas. Pudimos constatar que el autoreporte de cada individuo sobre su estado de salud mental está permeado por una serie de conocimientos, creencias y significados socialmente construidos y que varían según el contexto cultural, es decir, por las representaciones sociales en torno a las enfermedades mentales.

La depresión y la ansiedad no son enfermedades desconocidas por la población. Sobre la depresión, conocen varios de sus síntomas pero, por lo general, los de un estado depresivo severo. Esto indica que las personas podrían no ser sensibles a identificar de manera temprana la enfermedad. Además de describir a la depresión como una enfermedad mental grave, se señala que es pasajera y que superarla depende de la voluntad del individuo, de un quererse a sí mismo

y de la ayuda de personas cercanas. Pocas veces se alude a la ayuda profesional. También hay cierto desconocimiento sobre actitudes o comportamientos en los que una persona deprimida puede incurrir, tales como el consumo desmedido de alcohol. En el caso de la ansiedad, se tiende a naturalizarla, a considerarla como un sinónimo de nervios y creer que depende del grado de control que el individuo tenga sobre sí mismo o sobre sus emociones. Es probable que esto se deba, como señala Jenkins (1988), a la intención de reducir el estigma asociado a la enfermedad.

Como se mencionó, nuestro interés radicó en encontrar algunos aspectos que nos ayudaran a comprender las ventajas de los inmigrantes en salud mental. Es de señalar que no contamos con suficiente evidencia empírica para establecer si las personas en peor situación socioeconómica experimentan mayores riesgos para su salud mental, tal y como lo señala la teoría de las tensiones estructurales; sin embargo, en los relatos de los participantes hay una notoria tendencia a asociar la depresión y la ansiedad con la precaria situación económica y el desempleo. Respecto de las diferencias entre inmigrantes y no migrantes, encontramos que, en efecto, los inmigrantes presentan menores riesgos de desarrollar MPNE leve o moderado, pero es probable que ello esté asociado a las expectativas de éxito en la sociedad de destino, como lo mostraron los relatos. Una conclusión al respecto exige observar la salud mental de los migrantes en distintas etapas del proceso migratorio.

Si se pensara en una política de atención a la salud mental de estas poblaciones, habría que empezar por comprender el significado de las enfermedades mentales para la población mexicana en general y proporcionar información fundamental sobre depresión y ansiedad tanto en México como en las comunidades donde se concentran los inmigrantes en Estados Unidos para que puedan identificar sus síntomas tempranamente y no hasta que se expresan en niveles graves. Además, habría que instruir a las personas sobre los tratamientos requeridos.

En el caso de los inmigrantes, implica considerar un proceso de integración social y económica a la sociedad receptora, pues como lo mostraron los relatos, la salud mental se ubica en un segundo plano cuando las metas de sus propias vidas se definen en términos de la obtención de empleo, mejores ingresos y salir de la pobreza. Por ello, la paradoja hispana en salud mental pareciera ser el resultado de una actitud razonada frente a la frustración y la vulnerabilidad socioeconómica.

Finalmente, es importante señalar que esta investigación se realizó previo a dos eventos relacionados con la vida de los

inmigrantes y, posiblemente, con incidencias en su salud mental. El primero consiste en los cambios en la política migratoria y una mayor hostilidad hacia los inmigrantes latinoamericanos por parte del actual gobierno de Estados Unidos. El segundo es la crisis sanitaria por COVID-19 y las implicaciones económicas, sociales y psicológicas que conlleva. En Estados Unidos, tanto la población hispana como los afroestadounidenses están sobrerrepresentados en las hospitalizaciones y entre los fallecidos en distintos condados (Garg et al. 2020). A la preocupación generada frente a la posibilidad de adquirir la enfermedad, se suma la angustia por la insuficiencia económica por la pérdida del empleo (Pew Research Center 2020). Estos escenarios podrían afectar negativamente la salud en general y, en particular, la salud mental de los inmigrantes. La crisis sanitaria y sus efectos colaterales han sembrado gran incertidumbre en la población en general y en los más vulnerables en particular, en la medida en que muchas personas han visto diezmada su capacidad de previsión, la posibilidad de disponer de dinero, su seguridad física y la oportunidad de usar sus habilidades ocupacionales; en que han visto truncado el cumplimiento de sus metas y la posibilidad de contacto interpersonal, así como el mantener una posición social valorada –aspectos que, si bien, son externos al individuo, constituyen “vitaminas” esenciales para la salud mental (Warr 1987).

Ello hace imperativo desarrollar investigaciones que permitan establecer si, aún en condiciones de alta precariedad económica, los inmigrantes mexicanos siguen manteniendo mejores niveles de salud mental –frente a la población blanca no hispana nacida en Estados Unidos–, y si, ante un posible incremento de las enfermedades mentales en el país y entre la población de origen hispano, las representaciones sociales en torno a éstas cambian o se mantienen.

Referencias

- Acevedo-García, Dolores, y Lisa M. Bates. 2008. “Latino Health Paradoxes: Empirical Evidence, Explanations, Future Research, and Implications”. En *Latinas/os in the United States: Changing the Face of America*, editado por Havidán Rodríguez, Rogelio Sáenz y Cecilia Menjivar, 101–13. Nueva York: Springer.
- Achotegui, Joseba. 2004. “Emigrar en situación extrema: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)”. *Norte de la Salud Mental* 5 (21): 39–52.
- Aguilar-Gaxiola, Sergio, Elizabeth J. Kramer, Cynthia Resendez y Cristina G. Magaña. 2008. “The Context of Depression in Latinos in the United

- States". En *Depression in Latinos: Assessment, Treatment and Prevention; Issues in Children's and Families' Lives*, editado por Sergio Aguilar-Gaxiola y Thomas P. Gullota, 3–28. Nueva York: Springer.
- Alegría, Margarita, Glorisa Canino, Patrick E. Shrou, Megan Woo, Naihua Duan, Dorilyz Vila, Maria Torres, Chih-nan Chen y Xiao Li Meng. 2008. "Prevalence of Mental Illness in Immigrant and Non-Immigrant U.S. Latino groups: National Institute of Health". *American Journal of Psychiatry* 165 (3): 359–69.
- American Psychiatric Association (APA). 1995. *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Andrews, Gavin, y Tim Slade. 2001. "Interpreting Scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10)". *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 25 (6): 494–97.
- Araya, Sandra. 2002. *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. San José, CR: FLACSO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales).
- Ayestarán, Sabino, y Darío Páez. 1986. "Representación social de la enfermedad mental". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 6 (16): 95–128.
- Banchs, María. 2000. "Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales". *Papers on Social Representations / Textes sur représentation sociales* 9:3.1–3.15.
- Bhugra, Dinesh, y Peter Jones. 2001. "Migration and Mental Illness". *Advances in Psychiatric Treatment* 7 (3): 216–23.
- Breslau, Joshua, Guilherme Borges, Daniel Tancredi, Naomi Saito, Richard Kravitz, Ladson Hinton, William Vega, María Elena Medina-Mora y Sergio Aguilar-Gaxiola. 2011. "Migration from Mexico to the United States and Subsequent Risk for Depressive and Anxiety Disorders: A Cross-National Study". *Archives of General Psychiatry* 68 (4):428–33.
- Caicedo, Maritza, y Edwin van Gameren. 2016. "Unemployment and Mental Health among Mexican Immigrants and Other Population Groups in the United States". *Migraciones Internacionales* 8 (4): 168–94.
- Commonwealth Copyright Administration. 2005. *Australian Mental Health Outcomes and Classification Network Kessler-10 Training Manual*. Acceso abril de 2016. <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/lookup/4817.0.55.001Chapter92007-08>.
- Dohrenwend Bruce P., y Barbara Snell Dohrenwend. 1982. "Perspectives on the Past and Future of Psychiatric Epidemiology". *American Journal of Public Health* 72 (11): 1271–79.
- Dooley, David. 2003. "Unemployment, Underemployment and Mental Health: Conceptualizing Employment Status as a Continuum". *American Journal of Community Psychology* 32 (1–2): 9–20.
- Durand, Jorge. 2007. "Origen y destino de una migración centenaria". En *El país transnacional, migración mexicana y cambio social a través de la frontera*, editado por Marina Ariza y Alejandro Portes, 55–82, México: UNAM, IIS.

- Durkheim, Emilé. 2000. *Las reglas del método sociológico*. México: Ediciones el aleph.com. <http://www.elaleph.com/libro/Las-reglas-del-metodo-sociologico-de-Emile-Durkheim/703299/>.
- Eisenberg, P., y Paul Lazarsfeld. 1938. "The Psychological Effects of Unemployment". *Psychological Bulletin* 35 (6): 358–90.
- Espíndola Hernández, José Gabriel, Francisco Morales-Carmona, Edgar Díaz, Diana Pimentel, Pilar Meza, Consuelo Henales, Jorge Carreño y Anna Cecilia Ibarra. 2006. "Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada". *Perinatología y Reproducción Humana* 20 (4): 111–22.
- Friedland, Daniel S., y Richard H. Price. 2003. "Underemployment: Consequences for the Health and Well-Being of Workers". *American Journal of Community Psychology* 32 (1–2): 33–44.
- Furukawa T. A., R. C. Kessler, T. Slade y G. Andrews. 2003. "The Performance of the K6 and K10 Screening Scales for Psychological Distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being". *Psychological Medicine* 33 (2): 357–62.
- Galić, Zvonimir, y Branimir Šverko. 2008. "Effects of Prolonged Unemployment and Reemployment on Psychological and Physical Health". *Review of Psychology* 15 (1–2): 3–10.
- Garg, Shika, Lindsay Kim, Michael Whitaker, Alissa O'Halloran, Charisse Cummings, Rachel Holstein y Alicia Fry. 2020. "Hospitalization Rates and Characteristics of Patients Hospitalized with Laboratory-Confirmed Coronavirus Disease 2019: COVID-NET, 14 States, March 1–30, 2020". *Morbidity and Mortality Weekly Report* 69 (15): 458–64. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6915e3-H.pdf>.
- Glejberman, David. 2012. *Conceptos y definiciones: desempleo y personas fuera de la fuerza de trabajo*. Centro Internacional de Formación. <http://recap.itcilo.org/es/documentos/files-imt2/es/dg6>.
- Greene, Jennifer C., Valerie J. Caracelli, Wendy F. Graham y T. Toward. 1989. "Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs: Educational Evaluation and Policy Analysis". *Educational Evaluation and Policy Analysis* 11 (3): 255–74.
- Guarnaccia, Peter J., y Orlando Rodríguez. 1996. "Concepts of Culture Their Role in the Development of Culturally of Competent of Mental Health Services". *Hispanic Journal of Behavior Sciences* 18 (4): 419–43.
- Hamui-Sutton, Alicia, y Margarita Varela-Ruíz. 2013. "Metodología de investigación en educación médica: la técnica de grupos focales". *Investigación Educación Médica* 2 (5): 55–60.
- Hernández, Roberto, Carlos Fernández y Pilar Baptista. 2010. *Metodología de la investigación*. 5a ed. Santiago de Chile: McGraw Hill.
- Ichou, Mathieu, and Matthew Wallace. 2019. "The Healthy Immigrant Effect: The Role of Educational Selectivity in the Good Health of Migrants". *Demographic Research* 40 (4): 61–94.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). 2014. *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), población de 15 años y más*

- de edad*. Acceso enero de 2015. <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enoe/>.
- 2019. *Indicadores de ocupación y empleo: cifras oportunas durante diciembre de 2018*. Comunicado de Prensa 15/19. Acceso octubre de 2020. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/iooe/iooe2019_01.pdf.
- Jahoda, Marie, Paul Laszferfeld y Hans Zeisel. 1971. *Marienthal: The Sociography of an Unemployed Community*. Chicago: Aldine.
- Jasso, Guillermina, Douglas S. Massey, Mark R. Rosenzweig y James P. Smith. 2004. “Immigrant Health Selectivity and Acculturation”. IFS Working Papers W04-23, London, Institute for Fiscal Studies (IFS). <http://dx.doi.org/10.1920/wp.ifs.2004.0423>.
- Jenkins, Janis H. 1988. “Ethnopsychiatric Interpretations of Schizophrenic Illness: The Problem of nervios within Mexican-American Families”. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 12:301–29.
- Jin, Robert L., Chandrakant Shah y Tomislav J. Svoboda. 1995. “The Impact of Unemployment on Health: A Review of the Evidence”. *Canadian Medical Association Journal* 153 (5): 301–30.
- Jodelet, Denise. 2011. “Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación”. *Espacios en Blanco, Serie Indagaciones* 21 (1): 133–54.
- Kessler, Ronald. 1982. “A Disaggregation of Relationship between Socioeconomic Status and Psychological Distress”. *American Sociological Review* 47 (2): 752–64.
- Kessler, Ronald, Gavin Andrews, Lisa Colpe, Eva Hiripi, Daniel Mroczek, Sharon-Lise Normand, Ellen Walters y Alan Zaslavsky. 2002. “Short Screening Scales to Monitor Population Prevalence and Trends in Non-Specific Psychological Distress”. *Psychological Medicine* 32 (6): 959–76.
- Kessler, Ronald, Peggy Barker, Lisa Colpe, Joan Epstein, Joseph Gfroerer, Eva Hiripi, Mary Jane Howes, Sharon-Lise Normand, Ronald Manderscheid, Ellen Walters y Alan Zaslavsky. 2003. “Screening for Serious Mental Illness in the General Population”. *Archives of General Psychiatry* 60 (2): 184–89.
- Kessler, Ronald, y Daniel Mroczek. 1994. *Final Versions of Our Non-Specific Psychological Distress Scale*. Ann Arbor, MI: Survey Research Center of the Institute for Social Research, University of Michigan.
- Markides, Kyriakos, y Jeannine Coreil. 1986. “The Health of Hispanics in the Southwestern United States: An Epidemiologic Paradox”. *Public Health Reports* 101 (3): 253–65.
- Mendelson, Tamar, Laura D. Kubzansky, Geetanjali D. Datta y Stephen L. Buka. 2008. “Relation of Female Gender and Low Socioeconomic Status to Internalizing Symptoms among Adolescents: A Case of Double Jeopardy?” *Social Science & Medicine* 66 (6): 1284–96.
- Moñivas, Agustín. 1994. “Epistemología y representaciones sociales: concepto y teoría”. *Revista de Psicología General y Aplicada* 47 (4): 409–19.

- Moscovici, Serge. 1979. *El psicoanálisis, su imagen y su público*. 2a ed. Buenos Aires: Ed. Huemul.
- Muñoz Poblete, Claudio. 2013. "Métodos mixtos: una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de la salud". *Revista Chilena de Salud Pública* 17 (3): 218–23.
- National Center for Health Statistics. 2010. *National Health Interview Survey (NHIS)*. Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>.
- 2014. *National Health Interview Survey (NHIS)*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/nchs/nhis/1997-2018.htm>.
- Onwuegbuzie, Anthony, Wendy Dickinson, Nancy Leech y Annmarie Zoran. 2011. "Un marco cualitativo para la recolección y análisis de datos en la investigación basada en grupos focales". *Paradigmas* 3:127–57. <http://publicaciones.unitec.edu.co/ojs/>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2016. "La depresión: Trastornos mentales". Nota descriptiva 369. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
- 2017. "Día Mundial de la Salud Mental 2017: La salud mental en el lugar de trabajo". Salud mental. https://www.who.int/mental_health/es/.
- Palloni, Alberto, y Jeffrey Morenoff. 2001. "Interpreting the Paradoxical in the Hispanic Paradox Demographic and Epidemiologic Approaches". *Annals of the New York Academy of Sciences* 954 (1): 140–74.
- Plano, Vicki L. Clark, Catherine A. Huddleston-Casas, Susan L. Churchill, Denise O'Neil Green and Amanda L. Garrett. 2008. "Mixed Methods Approaches in Family Science Research". *Journal of Family* 29 (11): 1543–66.
- Pew Research Center. 2020. "Health Concerns from COVID-19 Much Higher among Hispanics and Blacks Than Whites: Public Divided over Who Should Get Ventilators if They Are Scarce." April 14, 2020. <https://www.people-press.org/2020/04/14/health-concerns-from-covid-19-much-higher-among-hispanics-and-blacks-than-whites/>.
- Stompe Thomas, David Holzer, Alexander Friedmann y Dinesh Bhugra. 2011. "Pre-Migration, Personality and Precipitating Factors". En *Migration and Mental Health*, editado por Dinesh Bhugra y Susham Gupta, 68–78. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauss, Anselm, y Juliet Corbin. 2002. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquía.
- Tefft, Nahan. 2011. "Insights on Unemployment, Unemployment Insurance, and Mental Health". *Journal of Health Economics* 30 (2): 258–64.
- Terpe, Silvia. 2015. "Triangulation as Data Integration in Emotion Research". En *Methods of Exploring Emotions*, editado por Helena Flam y Jochen Kleres, 153–62. Nueva York: Routledge.
- Thapa, Suraj, Y Bahadury Edvard Hauff. 2005. "Gender Differences in Factors Associated with Psychological Distress among Immigrants from Low- and Middle-Income Countries: Findings from the Oslo Health Study". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40 (1): 78–84.

- Thoits, Peggy. 2010. "Sociological Approaches to Mental Illness, SCHEID". En *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories and Systems*, editado por Teresa Scheid y Tony Brown, 2a ed., 106–24. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thomson, Esme Fuller, Amani Nuru-Jeter, Dawn Richardson, Ferrah Raza y Meredith Minkler. 2013. "The Hispanic Paradox and Older Adults' Disabilities: Is There a Healthy Migrant Effect?" *International Journal of Environmental Research and Public Health* 10 (5): 1786–1814.
- US Census Bureau. 2015. *Current Population Survey*. Acceso enero de 2016. <https://www.census.gov/programs-surveys/cps/technical-documentation.html>.
- Vega, William, Bohdan Kolody y Juan Ramón Valle. 1987. "Migration and Mental Health: An Empirical Test of Depression Risk Factors among Immigrant Mexican Women". *International Migration Review* 21 (3): 512–30.
- Vega, William, y Ruben Rumbaut. 1991. "Ethnic Minorities and Mental Health". *Annual Review of Sociology* 17:351–83.
- Warr, Peter. 1987. "Psychological Aspects of Employment and Unemployment". *Psychological Medicine* 12 (1): 7–11.
- Williams, David R., Hector M. González, Harold Neighbors, Randolph Nesse, Jamie M. Abelson, Julie Sweetman y James S. Jackson. 2007. "Prevalence and Distribution of Major Depressive Disorder in African Americans, Caribbean Blacks, and Non-Hispanic Whites: Results From the National Survey of American Life". *Archives of General Psychiatry* 64 (3): 305–15.
- World Health Organization. 2006. K10 and K6 Scales. https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftplib/k6/Spanish_K10.pdf.