

# **Migrantes trabajadores tenancinguenses retornados de Estados Unidos a partir de 2008 y los cambios en los procesos de salud/enfermedad/atención**

---

*Giovanni Macías Suárez\**

---

## **RESUMEN**

Los cambios en las políticas migratorias en Estados Unidos han repercutido de forma considerable en los procesos de salud/enfermedad/atención de la población migrante, que aunado a los modos de vida en los que incurren los están afectando de manera importante en su salud física, mental y emocional en las diferentes fases migratorias. Este trabajo tiene como objetivo identificar cómo algunos modos de vida de los migrantes de Tenancingo retornados de Estados Unidos afectan sus procesos de salud/enfermedad/atención. Se aplica una metodología cualitativa, en la que, por medio del itinerario terapéutico, se identifican las molestias, padecimientos y enfermedades y las estrategias y prácticas utilizadas para contrarrestar estos problemas de salud. Esta problemática es abordada desde la subdisciplina de la antropología médica, resaltando la propia voz del actor, su sentir, sus narrativas y experiencias. Los resultados reflejan que los problemas de salud de los migrantes son el reflejo de sus modos de vida, acciones y pensamientos, tanto a nivel individual como colectivamente.

**PALABRAS CLAVE:** Antropología médica, migración de retorno, itinerario terapéutico, modos de vida.

## **Tenancingo migrant workers returning from the United States since 2008 and changes in health/illness/care processes**

## **ABSTRACT**

The changes in immigration policies in the United States have had a considerable impact on the health/illness/care processes of the migrant population, which, together with the lifestyles they engage in, are significantly affecting their physical health, mental and emotional in the different migratory phases. This work aims to identify how some lifestyles of Tenancingo migrants returned from the United Sta-

\* Candidato a Doctor en Ciencias Sociales de El Colegio de Michoacán.  
Correo electrónico de contacto: [suarezgam@hotmail.com](mailto:suarezgam@hotmail.com)

Fecha de recepción: 16 de noviembre de 2023.  
Fecha de aceptación: 24 de julio de 2024.

tes affect their health/illness/care processes. A qualitative methodology is applied, in which, through the therapeutic itinerary, discomforts, illnesses and diseases and the strategies and practices used to counteract these health problems are identified. This problem is addressed from the subdiscipline of medical anthropology, highlighting the actor's own voice, his feelings, his narratives and experiences. The results reflect that the health problems of migrants reflect their lifestyles, actions and thoughts, both individually and collectively.

**KEYWORDS:** Medical anthropology, return migration, therapeutic itinerary, lifestyles.

## Introducción

Los migrantes mexicanos en Estados Unidos han experimentado cambios en los procesos de salud/enfermedad/atención (PSEA) desde comienzos de la década de 2000 por los nuevos patrones migratorios acarreados por los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001, la política migratoria estadounidense y la crisis económica de 2008 (Durand, 2013; Canales y Meza, 2016; Jardón Hernández, 2017). A esto, se le suma la política de tolerancia cero hacia la migración no documentada, la medida Título 42 implementada durante la pandemia de COVID-19 bajo la administración del ex presidente Donald Trump, y el retorno nuevamente del Título 8 en el gobierno actual de Joe Biden con consecuencias más severas para los migrantes que crucen de manera irregular la frontera (CNN Español, 2023; Unidad de Política Migratoria, 2015-2023), repercutiendo en una gran cantidad de personas retornadas, especialmente de manera forzada (Gandini, Lozano-Ascencio y Gaspar Olvera, 2015; Castañeda, 2018; Martínez, 2023).

En este sentido, esta población que retorna a México demanda un serie de servicios básicos, dentro de los que destacan los servicios de salud, pues algunas investigaciones (Arenas et al., 2015; Vega Briones, 2016; Diaz, Koning y Martinez-Donate,

2016; OPS y OMS, 2020; Golash-Boza y Hondagneu-Sotelo, 2013; Zapata Villa et al., 2018) muestran como muchos migrantes presentan problemas de salud a causa de los modos de vida experimentados, destacándose las condiciones laborales, los hábitos alimenticios, las condiciones de vivienda y el acceso a los servicios de salud, así como el mismo proceso de retorno.

Al respecto, Flynn et al. (2016), por ejemplo, hace referencia a cómo el mercado de trabajo precarizado estadounidense promueve un impacto negativo sobre la salud de las personas migrantes. Por su parte, Goldberg (2010) da cuenta de cómo migrantes senegaleses en Barcelona (España) que trabajaron en la venta ambulante, vivían con estrés por el temor de que la policía les confiscara sus productos, sobre todo porque eran indocumentados. Así mismo, Goldberg (2013) expresa como inmigrantes bolivianos que se encontraban en el Área Metropolitana de Buenos Aires trabajando en talleres textiles clandestinos, sufrían angustia y depresión por haber salido de su lugar de origen, mala alimentación y altas tasas de consumo de alcohol. Además, dicho estudio sostiene que trabajar en recintos cerrados sin circulación de aire y entrada de luz, polvo y humedad en las paredes, suelos y techos, hacinados y con largas

jornadas de trabajo, les provocó graves problemas de postura, respiratorios y de visión a las personas de los talleres mencionados.

La decisión de migrar constituye un fenómeno complejo. Debido a esto, las personas pueden presentar problemáticas psicoemocionales por la angustia y el estrés por la separación familiar, los peligros del cruce, los compromisos económicos. Pero también por lo que pueden experimentar ya estando en Estados Unidos, como el temor de la explotación, de las inadecuadas condiciones de trabajo y vivienda, así como el aislamiento, desinformación, robo, xenofobia, discriminación, entre otras situaciones (Martínez, 2019). Así mismo, durante el traslado, los problemas de salud pueden suscitarse a causa del temor de ser detenidos por las autoridades migratorias, así como los riesgos y vulnerabilidades por tratarse de cruces no documentados (Ceja, Lira Mandujano y Fernández Guzmán, 2014; Zimmerman, Kiss y Hossain, 2011). Un reporte de El Colegio de la Frontera Norte (EL COLEF) (2020) se encontró que el principal riesgo para los migrantes, específicamente de mujeres mexicanas que se dirigen hacia Estados Unidos, tiene que ver con el abandono del coyote<sup>1</sup> en suelo estadounidense, las largas y cansadas caminatas, la privación de la libertad y extorsión por grupos delincuenciales, el hostigamiento sexual por parte de los compañeros de viaje o del mismo coyote, así como de tener que cruzar el río sin saber nadar.

En el lugar de recepción, las personas migrantes mexicanas se encuentran con un mercado laboral caracterizado por los bajos salarios y la falta de seguro médico (Regents of the University of

California y Secretaría de Salud, 2007; Hacker et al., 2015, como se citó en Castañeda et al., 2018), sumado a la explotación, inseguridad y violación de derechos humanos que afectan de una manera u otra sus procesos de salud/enfermedad. Son relevantes las altas tasas de lesiones relacionadas con el trabajo en el que se desempeñaron los migrantes indocumentados en Estados Unidos y la mala aplicación de las leyes laborales (Gleeson, 2010; Loh y Richardson, 2004; O'Connor et al., 2005; Orrenius y Zavodny, 2009, como se citó en Arenas et al., 2015), lo que ha propiciado una mayor necesidad de atención en cuestión de acceso a los servicios de salud.

Al retorno a México, la población migrantes mexicana puede tener problemas de salud originados por una deportación, causando separación familiar, generando problemas de salud física y mental, como angustia, ansiedad, estrés y depresión (Brotherton y Barrios, 2009, como se citó en Calva Sánchez y López Jaramillo, 2017; Cavazos-Rheg et al., 2007; Torres y Wallace, 2013, como se citó en Arenas et al., 2015; Zimmerman, Kiss y Hossain, 2011), con efectos que pueden ser duraderos e irreversibles (Negi, 2011; Walter, Bourgois y Loinaz, 2003, como se citó en Torres y D. Young, 2016). De igual forma, en un estudio realizado por Saavedra Solano, Berenzón Gorn y Galván Reyes (2023: 9) sobre personas que fueron deportadas a México o devueltas forzosamente desde Estados Unidos, entrevistadas en el estado de Morelos, Hidalgo y la Ciudad de México, se pudo evidenciar que cuando llegaron a la “frontera han experimentado daños en su salud, identidad, seguridad, redes sociales y estado financiero, que algunos describen en términos de tristeza, depresión, frustración y situaciones exigentes que han vivido a lo largo de su vida”. Los autores encuentran que después del retorno, cuando se produjo por fuerza o deportación, los

<sup>1</sup> Es quien ayuda a los migrantes sin documentos en el cruce de la frontera, aunque en no pocas ocasiones su tarea se extiende hasta el destino final, siendo guías y cuidadores de lo más sagrado del migrante: ‘su propia vida’ o la de su familia. (Jáuregui-Díaz y Ávila-Sánchez, 2017: 153)

malestares emocionales experimentados dependen en gran medida de la fuerza de las conexiones sociales y que construyeron en Estados Unidos y que mantuvieron en México.

Frente a los problemas antes mencionados, es importante entender que las personas migrantes no tienen condiciones homogéneas ni únicas. Existen diferencias de edades, en los modos de vida, en el grado de vulnerabilidad, así como en el contexto en el que se fueron, el que vivieron en el lugar de recepción, incluido el número de años que permanecieron y en qué momento regresan (Rendón, 2017). En este sentido, la importancia de abordar los problemas de salud/enfermedad de los migrantes a través de las diferentes fases migratorias desde la perspectiva de la antropología médica, que analiza los PSEA y que aplica a cualquier grupo social, donde los padecimientos hacen parte de un proceso social en el cual de manera colectiva se establece la subjetividad. Los padecimientos y sus respuestas forman parte estructural de todo sistema y conjunto social, no solo creando representaciones y prácticas, sino que organizan de manera específica saberes para poderlos resolver (Menéndez, 1994).

En este contexto, la pregunta que rige este trabajo es ¿cuáles son los modos de vida de las personas migrantes de retorno y hasta qué punto permiten explicar sus diferentes PSEA? Dentro del objetivo del trabajo se busca identificar cómo algunos modos de vida de migrantes tenancinguenses que retornaron de Estados Unidos permean en sus PSEA. Se busca indagar esto a partir de la propia voz del actor, de sus narrativas y experiencias. Bajo este precepto, se hace énfasis el concepto de modos de vida planteado por Lindón Villoria (1999) por su multidimensionalidad, por considerar dimensiones globales como el trabajo, la vida familiar y el consumo, los cuales pueden

afectar los PSEA de las personas migrantes en la trayectoria migratoria y su trayectoria de salud/enfermedad. Así mismo, en el itinerario terapéutico (Goldberg, 2003; Pasarin, 2011; Santillanes Allande, 2017) por medio del cual se relacionan los PSEA con los modos de vida de las personas entrevistadas en cada una de las fases migratorias, los cuales a la vez pueden producir una serie de situaciones de riesgo y vulnerabilidad que pueden repercutir o no en la salud de los migrantes.

### **Marco conceptual**

Por medio de la antropología médica (Martínez Hernández, 2007; Menéndez, 2018; Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007; Goldberg, 2003; Santillanes Allande, 2017), esta investigación busca analizar los PSEA de la población migrante tenancinguense retornada y/o deportada a partir de la crisis económica de 2008. La antropología médica permite interpretar y explicar de manera integral el origen de la enfermedad, tanto desde lo social y cultural como de lo científico. De acuerdo con las características de la investigación desarrollada se consideran 2 vertientes de la antropología médica, como son la antropología médica interpretativa (Gómez Cardona, 2013) y la antropología médica crítica (Menéndez, 2010; Gómez Cardona, 2013; Rylko-Bauer, Whiteford y Farmer, 2009; Baer, Singer y Susser, 1997; Castro y Farmer, 2007; Farmer, 2005; Seppilli y Otegui, 2005). En este trabajo, se optó por ambas perspectivas porque permiten entender los PSEA de una manera holística y relacional, incorporando al análisis diferentes actores, instituciones y organizaciones en distintas dimensiones, mismos que se involucran de una forma u otra en los procesos de salud/enfermedad de las personas migrantes, siempre tomando en cuenta la propia voz de los migrantes, su pensar y su sentir.

Otro de los conceptos importantes a considerar dentro del estudio es el de modos de vida, el cual puede entenderse como estructuración social, como procesos de formación social, normas y restricciones, pero también como respuestas de las personas a dichas normas y restricciones. Abarca todos los niveles del entorno de las personas, por ejemplo, las condiciones de vida, trabajo, vivienda, familia, alimentación, relaciones sociales, estatus social, condición económica, situaciones de vulnerabilidad, estilo de vida, escolaridad, valores, jerarquía, identidad y todos aquellos espacios que conforman el mundo de los seres humanos, tanto a nivel colectivo como a nivel individual (González Pérez, 1990 y 2005; Vargas-Arenas, 1985; Boltvinik, 1986; Lindón Villoria, 1999). Incluye dimensiones socioculturales como las tradiciones, creencias, relaciones de género y las relaciones de poder.

En este sentido, para el caso particular de la presente investigación, los modos de vida se retomarán para hacer referencia a población migrante, en la que se consideran otra serie de dimensiones que tienen que ver precisamente con su trayectoria migratoria, la familia que se queda en el lugar de origen, el tipo de alimentación que llevaban, las condiciones laborales y los problemas de salud previos. De igual forma, el entorno que conllevó a que se tomara la decisión de emigrar, y lo que implica irse de manera indocumentada. Por su parte, en el lugar de recepción, hay condiciones estructurales que pudieron afectar su salud, por ejemplo, las vivencias y situaciones de la vida cotidiana, el tipo de alimentación, las condiciones de trabajo, la falta de acceso a los servicios médicos, las condiciones de vivienda y las redes familiares y de amigos.

Posteriormente al retorno de los migrantes mexicanos a sus comunidades de origen, existen tam-

bién diversas causas que pueden afectar sus procesos de salud/enfermedad, resaltando la forma y condiciones de regreso, el tiempo y empleo en que permanecieron en el lugar de recepción, las implicaciones que tuvieron al regresar, si ahorraron dinero o no, si promovieron acciones de prevención y autoatención, el reintegrarse de nuevo al lugar de origen, las implicaciones laborales y de salud a su retorno. Así pues, los modos de vida durante todas las fases migratorias permiten analizar esta diversidad de dimensiones que implica la experiencia y el trayecto migratorio de las personas, desde los procesos estructurales como la cultura, las creencias religiosas, las divisiones de género, entre otras; pero también desde una perspectiva social e individual, relacionada sobre todo con los estilos de vida, entre otra serie de factores que de una manera u otra pueden influir en los PSEA de las personas migrantes.

Otro concepto teórico metodológico utilizado en esta investigación es el itinerario terapéutico, por medio del cual se analizan todos aquellos aspectos que rodean los PSEA de la población migrante, y que ha sido fundamental para varios autores (Goldberg, 2003; Pasarin, 2011; Santillanes Allande, 2017) para analizar cómo los sujetos buscan atención a sus diversos problemas de salud. Por medio de este se identifican los diferentes sucesos de salud/enfermedad de los sujetos y las prácticas, medios o alternativas utilizadas para solucionar estas eventualidades. Así mismo, y tomando en cuenta el enfoque relacional que hace parte de la antropología médica, a través del itinerario terapéutico es posible ahondar en cuál es el padecimiento, malestar o enfermedad del grupo de migrantes entrevistados, en determinar cuáles fueron las posibles causas que originaron estas circunstancias, en conocer los síntomas de acuerdo con la percepción de ellos y de su sentir, identificar la forma en que se atendieron los malesta-

res tomando en cuenta los recursos disponibles, creencias y tradiciones, y por último conocer la satisfacción del tratamiento.

Así pues, por medio de la subdisciplina de la antropología médica se analizan los PSEA de la población migrante retornada de Estados Unidos al municipio de Tenancingo, identificando sus modos de vida en las diferentes fases migratorias a través de los itinerarios terapéuticos.

### Material y métodos

Este trabajo está basado en una metodología cualitativa, de corte longitudinal. Se tomaron en cuenta algunos aspectos de la etnografía como la observación directa y entrevistas en profundidad. A través del método etnográfico fue posible rescatar el punto de vista de los individuos, sus narrativas y experiencias, sus vivencias, subjetividades, saberes y apreciaciones. Se recurrió al método biográfico (Pujadas, 2000; Sanz Hernández, 2005) para poder recopilar la información etnográfica y reconstruir las diferentes trayectorias e itinerarios terapéuticos de 2 colaboradores entrevistados, específicamente los relatos biográficos (Amezcuca y Hueso Montoro, 2009). Los relatos biográficos permiten enfocarse solamente en ciertos pasajes de la vida de los individuos, los que son del interés de la investigación. En este sentido, por medio de los relatos biográficos fue posible resaltar aquellos aspectos que se relacionaron con los modos de vida, los itinerarios terapéuticos y todas aquellas situaciones y contextos necesarios para entender los PSEA de la población migrante de una manera holística y relacional.

El trabajo de campo se realizó entre mayo de 2021 y mayo de 2022 en el municipio de Tenancingo, Estado de México. El contacto con los migran-

tes se efectuó por medio de una informante clave que por el trabajo que realizaba anteriormente en el Ayuntamiento de Tenancingo, ha conocido un importante número de migrantes retornados a la localidad. Las entrevistas fueron transcritas en el programa Word, y posteriormente se realizó una matriz que contenía algunos aspectos de los modos de vida como fueron las condiciones de trabajo, de la vivienda, tipo de alimentación, trayectoria migratoria y lo concerniente a los problemas de salud/enfermedad. Por medio de la matriz y las entrevistas transcritas se realizó un análisis de contenido dando respuesta al objetivo del trabajo.

En el primer acercamiento con la población migrante se hizo énfasis en el propósito de las entrevistas y la importancia de su participación en el trabajo de investigación. Vale la pena mencionar que este trabajo es parte de una investigación más extensa que corresponde a la tesis doctoral. Siempre se presentó la credencial estudiantil, así como el oficio expedido por la coordinación del doctorado, con la finalidad de generar confianza y asegurar la confidencialidad de la información proporcionada.

### Resultados

Para efectos de este trabajo se tomaron en cuenta las narrativas y experiencias de 2 migrantes cuyas características vividas fueron heterogéneas, en la que los modos de vida construidos y reconstruidos marcaron su forma particular de actuar y afrontar sus PSEA. En primera instancia se hará referencia al relato del itinerario terapéutico de Erasto, para más adelante continuar con el de Alberto.

*“El estrés fue el que me acabo más que nada, no tanto el colesterol y la alta presión”. El itinerario terapéutico de Erasto.*

*En el origen*

Erasto tenía 57 años cuando fue entrevistado. Estuvo 16 años en Estados Unidos, se fue en 2004 y regresó en 2020. Vive en el barrio La Campana, en la cabecera municipal. En su niñez y cuando formó su núcleo familiar, una vez a la semana comían carne, el resto eran calabacitas, verduras, frijoles, tortillas. El desayuno casi siempre era un bolillo o pan dulce con café. Siempre consideró Erasto que su alimentación fue muy limitada. Solo padeció gripas en el tiempo de frío, tratadas por su madre dándole algunas yerbas y con pomadas calientes, remedios caseros y tés. Un incidente que sufrió fue que se desmayó por la mala alimentación, diagnosticado con anemia. Lo llevaron al médico y le recetaron vitaminas. Siempre vivió en la casa de sus padres.

En México formó su núcleo familiar, viendo en una casa que fue construyendo en el terreno que su padre le regaló. Tuvo varios trabajos, buscando siempre ganar más dinero, porque consideraba que lo que recibía no era suficiente para mejorar los modos de vida. Todos los trabajos con prestaciones laborales y seguro médico, al cual acudía cuando se sentía enfermo. Erasto expresó que se fue para Estados Unidos por sus hijos, porque si se quedaba no hubiese podido darles una educación universitaria. La decisión de emigrar fue concertada con su esposa (Diagrama 1).

*Lo único que me preocupaba era que me di cuenta de que mis hijos eran muy inteligentes, muy inteligentes los 4, y me vi obligado, me dije, aquí si me quedo en este país, no los voy a poder sostener, no voy a poderles pagar una carrera. Eso era lo único que me preocupaba, que aquí no los iba a poder sostener. Afortunadamente valió la pena el haberme ido porque los*

*4 son profesionistas, es lo único bueno.* (Erasto, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

*Durante el traslado*

De Tenancingo partió hacia Los Mochis, Sinaloa. Posteriormente se fueron a Sonorita, Sonora, para poder cruzar. Después de haber transcurrido 3 días y 2 noches en bicicleta de Sonorita a Phoenix, Arizona, ya en un segundo intento logró cruzar al vecino país. Los gastos del viaje y el coyote fueron cubiertos con el patrón con el que iba. Dentro de las molestias presentadas en esta fase migratoria, Erasto expresó que solo fue la deshidratación, por tanto calor que hacía, más de 40 grados centígrados. Solo fue tomar agua (Diagrama 1).

*En el lugar de recepción*

Llegó a trabajar a Stockton, California, en el campo, donde estuvo 3 meses. Dice que allí era “una robadera” entre los mismos compañeros. Compartía un cuarto hasta con 30 personas, un solo baño, una cocina. En el trabajo también era frecuente que les robaran, de acuerdo con su testimonio, si hacía 20 árboles de durazno, le pagaban 15 o hasta 12. Posteriormente se fue a trabajar al Valle de San Fernando, California, donde estuvo el resto del tiempo. Allí trabajó en la construcción, pintura, electricidad, entre otras cosas (Diagrama 1).

Los problemas de salud de Erasto en Estados Unidos se fueron dando gradualmente, la mala alimentación por estar consumiendo frecuentemente hamburguesas, pizzas, comida China, entre otra serie de alimentos poco nutritivos. A lo anterior, se le suma el elevado consumo de refresco, bajo consumo de agua, insuficiente actividad física

y largas jornadas de trabajo. Esto ocasionó una elevación de la presión arterial y el colesterol, diagnóstico que fue corroborado por exámenes de laboratorio que les hacían a los migrantes en campañas de salud gratuitas en la parroquia donde él acostumbraba a ir.

*Pues mira, todo fue ocurriendo mediante un proceso [...] Empecé con alta presión poco a poquito, con colesterol de la misma comida. Poco a poquito se fue elevando el colesterol [...] pero aun así fue un poquito de estrés, sobre todo estrés el que me afectó más.* (Erasto, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

Erasto manifestó que comía ajo en ayunas como una forma de controlar estos problemas, práctica que aprendió de chinos y japoneses, pero dejó de consumirlos porque el empleador le expresó que no aguantaba su olor, dado que su cuerpo lo transpiraba. Para el cansancio, aprendió de su hermano medicina tradicional China, sobándose las plantas de los pies y las palmas de las manos. Trabajando sufrió algunas heridas, ayudándole los compañeros a curarse y en otras ocasiones Erasto se ponía cinta alrededor de la herida y continuaba laborando.

En 2019 sufrió un derrame cerebral. Erasto atribuye este suceso a la alta presión arterial y los niveles de colesterol, así como al estrés de tener que enviar dinero a sus hijos y pagar sus propias necesidades en Estados Unidos. El tipo de trabajo también influyó; los médicos le mencionaron que pudo darse una obstrucción que evitaba que pasara la sangre al cerebro porque las venas estaban taponadas de cemento y yeso, siendo necesario limpiarlas.

*El mismo movimiento del dril hace que el polvo suba como si fuera un gas, y lo estas respiran-*

*do, y poco a poquito lo vas consumiendo [...] al grado de que mis venas se taparon y fue lo que me provocó el derrame cerebral.* (Erasto, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

Debido a este suceso del derrame cerebral, tuvo problemas con la próstata, dado que su cuerpo ya no controlaba sus necesidades fisiológicas, teniendo varios incidentes a causa de este problema en específico. Erasto nunca acudió al médico en Estados Unidos por cualquier otro padecimiento que no haya sido el derrame cerebral, y cuya atención médica se dio porque fue beneficiario por parte del Estado en aquel país del Norte para solventar los gastos del tratamiento por el transcurso de un año, que incluía la atención médica, medicamentos y terapias. Después de este tiempo se vio obligado a retornar a México, porque ya no tenía la manera de sostenerse en dicho país.

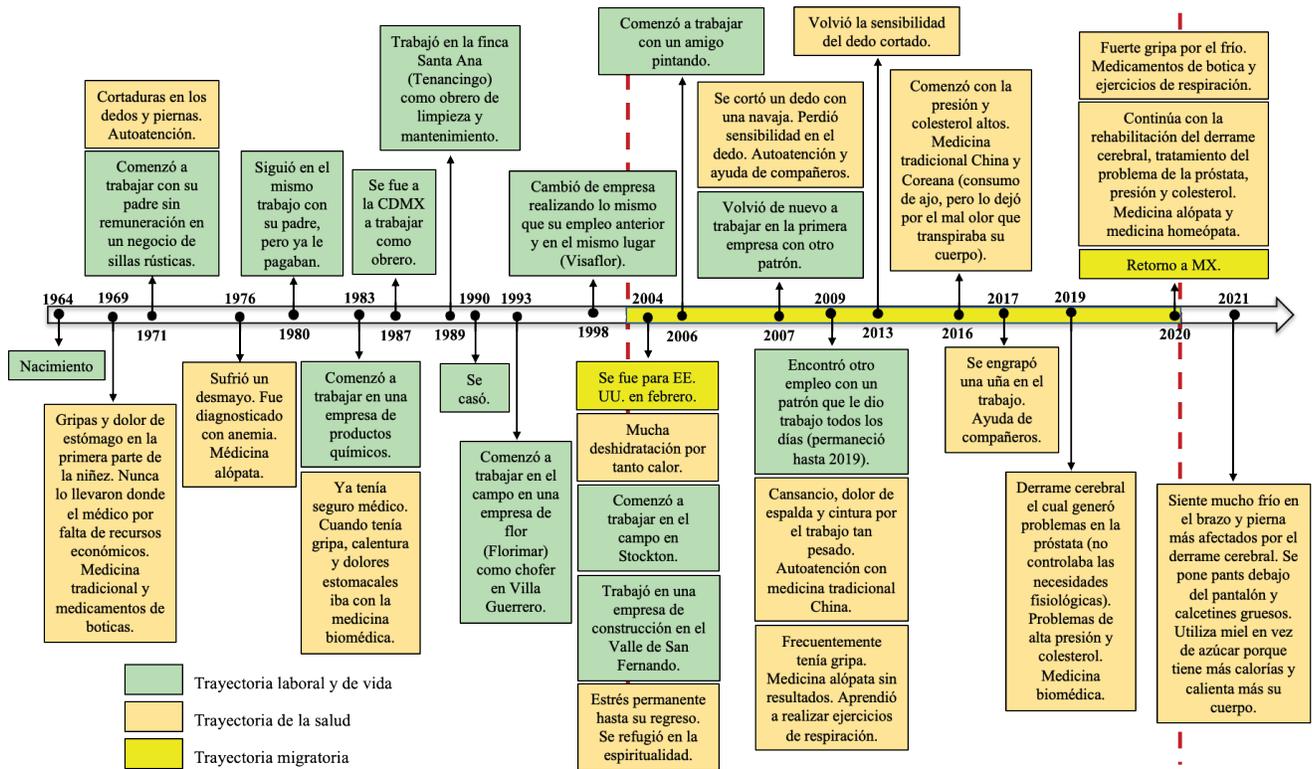
#### *Al retorno*

Ya de regresó a México, Erasto continuó con su recuperación con respecto al derrame cerebral, así como de los problemas de la próstata (Diagrama 1).

*Hice mucho esfuerzo personal, y estoy haciendo mucho esfuerzo, es muy difícil esa enfermedad, porque al principio no controlaba yo mis necesidades fisiológicas, me ensuciaba en los pantalones involuntariamente, no controlaba la pipi, también me hacía pipi, no lo podía controlar.* (Erasto, comunicación personal, 14 de julio de 2021)

Poco a poco fue aprendiendo a controlar sus necesidades fisiológicas con el tratamiento, buscando otras alternativas como médicos naturales, homeópatas y medicina herbolaria. Erasto tiene seguro médico en México a cargo de IMSS por

Diagrama 1. Itinerario terapéutico de Erasto



Fuente. Elaboración propia con base en el testimonio de Erasto, mayo de 2021 - mayo de 2022.

medio de su hija, donde le dan la misma atención que tuvo en Estados Unidos. También para la próstata, sobre todo por los problemas de que no podía controlar la orina. Como terapia, sale a caminar aproximadamente 4 horas, alrededor de 8 kilómetros o practicar el ciclismo diariamente. En la actualidad, Erasto lo que busca es recuperarse totalmente. Su alimentación cambió por completo, es muy sana y nutritiva, para lo cual ya sus hijos le colaboran. Se ha refugiado en la religión católica, es muy creyente, lo que le ha servido para ver cada una de sus vivencias de manera positiva, para servir a los demás en lo que le sea posible.

El estrés de Erasto ha sido en gran parte de su vida, desde el momento en que se dio cuenta de la necesidad económica que tenía para darle una educación universitaria a sus hijos en México, optando por irse para Estados Unidos, pero estando allá, en la obligación que sentía de enviar el dinero a cualquier costo a su familia, sumado a las necesidades de él mismo. Como Erasto dice, «el estrés fue una de las principales causas de sus problemas de salud». En términos generales, la vida de Erasto tuvo un giro radical con su problema del derrame cerebral, en el que muchos de sus modos de vida lo pudieron afectar negativamente para que se generaran situaciones de riesgo que posteriormente repercutieran en sus PSEAP.

**«Me pasaba por la cabeza pura pendejada, porque si hubiera estado consciente no lo hago».**  
**Itinerario terapéutico de Alberto.**

### *En el origen*

Alberto trabajó alrededor de 19 años en Estados Unidos, se fue en 1996 y regresó en 2016. Tenía 42 años cuando se entrevistó. Vive en el pueblo de Tepetzingo. En el año 2000 se juntó con su actual esposa, quien siempre permaneció en México. Su alimentación fue muy semejante a la de Erasto. No presentó problemas de salud serios en su juventud, los más comunes fueron las gripas, tos, fiebre, infecciones estomacales, las cuales fueron tratadas por su madre por medio de medicina natural. En la escuela recibió un fuerte golpe en el pecho con un tablón, que le generó mucho dolor y algunos desmayos, pero nunca lo llevaron al médico alópata, siempre fue su madre quien que lo trató con medicina natural. Se fue de su casa a los 10 años, pues consideraba que no lo querían, viviendo en primera instancia en la calle por 3 meses. Posteriormente consiguió un amigo, el cual le dio trabajo y donde vivir. En ese tiempo estuvo lavando carros, acarreando mercancía, vendiendo ropa y verduras, cuidando chivas. Una vez que peleó con su amigo estuvo viviendo con una señora con la que también trabajaba, pero tiempo después regresó a vivir con su amigo (Diagrama 2).

### *Durante el traslado*

Siendo menor de edad se fue para Estados Unidos, por invitación de su amigo con el que había vivido, quien previamente había emigrado. La primera vez llegó a Tijuana, donde él y sus compañeros de viaje intentaron en varias ocasiones cruzar, pero fueron interceptados por la patrulla fronteriza. Ahí sufrió mucha deshidratación por

tanto calor que hacía. Tardó 3 meses para poder cruzar esta primera vez, pero no por Tijuana, sino por Agua Prieta. En estos 3 meses estuvo trabajando, lavando carros y en la construcción. Llegando a Phoenix, Arizona, había un migra2 cómplice, quien facilitó el traslado. El destino final era Pennsylvania, en donde permaneció la mitad del tiempo. Posteriormente fue a New Jersey y Delaware. Durante los primeros 10 años iba y regresaba cada año (a excepción de los 3 primeros años), mientras que el resto del tiempo, en una temporada duro 3 años, y luego 7 años consecutivos. La primera vez que se fue para Estados Unidos fue la más complicada, posteriormente, de acuerdo con el testimonio de Alberto, cruzar fue más fácil (Diagrama 2).

### *En el lugar de recepción*

Los primeros años se dedicó a la jardinería, impediendo el cansancio, así como el estrés por realizar un buen trabajo, dado que el patrón era muy exigente en ese sentido y los regañaba mucho (Diagrama 2).

*El estrés porque el patrón decía que eso no me gusta, así como va, bueno, pero ahora que puedo hacer, si ya le corté las ramas, y nos peleaba [...] Mucho del estrés era del temor de cuando tenía que arreglar muchos árboles de una hilera, no me fueran a quedar. De ahí que le decía al patrón enséñame primero como iba a ir, y ya los otros los hago yo. (Alberto, comunicación personal, 19 de agosto de 2021)*

Presentaba Alberto constante ansiedad de ver a su familia, sobre todo a su hija. Después de 10 años se cambió a la construcción, donde ganaba más dinero. Trabajaban hasta 48 horas seguidas y des-

2 Cuerpo de la Policía de inmigración de los Estados Unidos de América.

cansaban 24, si así lo deseaban. El cansancio predominaba, lo cual lo mitigaban yéndose a jugar fútbol, en donde estaba incluido también las cervezas y el alcohol. La alimentación fue variada, se rotaba con los compañeros con los que vivía para cada uno cocinara un día a la semana, los fines de semana acostumbraban a realizar asados. También en muchas ocasiones era común consumir la comida chatarra, y beber con frecuencia refresco. Consideraba que el tiempo destinado a descansar y al tiempo libre y recreación era adecuado.

Posteriormente se trasladó a otra empresa de construcción en donde ganaba más dinero, pero era más pesado. En una ocasión le cayó mezcla de cemento en sus ojos, lo cual le produjo mucho ardor, y aunque los médicos le dijeron que iba a ser pasajero, la realidad de acuerdo con Alberto no fue así, y se comenzó a hidratar los ojos con gotas.

Más adelante sufrió un fuerte accidente de trabajo, donde se descompuso la cintura, se desvió 3 discos. Fue operado y le pusieron un disco de fierro. A partir de ahí cambió drásticamente la vida de Alberto porque estuvo en silla de ruedas sin poder caminar. Los 2 últimos años que permaneció en Estados Unidos ya no trabajó, estuvo en recuperación y solo recibía la mitad de su sueldo.

*Al querer sacar un pedazo de guarnición que es de 30 centímetros, entre 3 estábamos trabajando, ganábamos más, pero trabajábamos más, era más pesado. Entonces, con el marro, marro de 20 libras. Me agacho a quererlo levantar, el compañero luego le mete el pico para hacerle palanca, se le chispa el marro y me voy con todo y piedra. Me agarró flojo y me descompongo la cintura. Se me desviaron 3 discos, primero, segundo y cuarto. Desviados de la cintura. Estoy*

*operado de la cintura, tengo un disco de fierro. (Alberto, comunicación personal, 19 de agosto de 2021)*

Alberto se iba recuperando gradualmente por medio de las terapias, aunque había un doctor que consideraba que no había avances. Por el contrario, Alberto le decía que sí había muchos avances, y ya no permitió que ese doctor lo atendiera más. Tenía como ideal recuperarse, y fue así como en su casa replicó la estructura que había en el hospital para sus terapias. En los últimos 7 años que estuvo Alberto en Estados Unidos, convivió con otra mujer, la cual de acuerdo con su testimonio le ayudó en la recuperación.

*Mi atención por el accidente fue en un hospital privado, si porque eso era fuerte. Entonces yo me aguanté un año en silla de ruedas, y el pinche matasanos me decía que yo ya no iba a caminar, entonces me entra una depresión, ahí si te entra la depresión, de que todo el tiempo trabajando, jugando fútbol, eso era de todos los días y del fin de semana. (Alberto, comunicación personal, 19 de agosto de 2021)*

Fue un tiempo de mucha depresión para Alberto, lo que motivó que atentara contra su vida. Primero, se tomó un yogurt lleno de pastillas que tomaba para el dolor de cintura, con la suerte de que la pareja que tenía en ese momento lo encontró y de inmediato lo llevó al hospital. La segunda vez se bajó al sótano, colocó un lazo y se iba a ahorcar, pero los tubos no soportaron su peso. Lo remitieron a un centro psiquiátrico. A pesar de estos incidentes, con las terapias realizadas en el hospital y en su casa, dejó la silla de ruedas y las muletas, solo estaba con el bastón. A los 2 años de ocurrido el accidente, fue indemnizado por la empresa y se regresó a México. La mitad del dinero que le

dieron se lo dejó a su compañera en Estados Unidos, y el resto a su esposa en México. En México pocos sabían del accidente, entre ellos el padre de Alberto, pues había ido a visitarlo a Estados Unidos y vio el estado en el que encontraba.

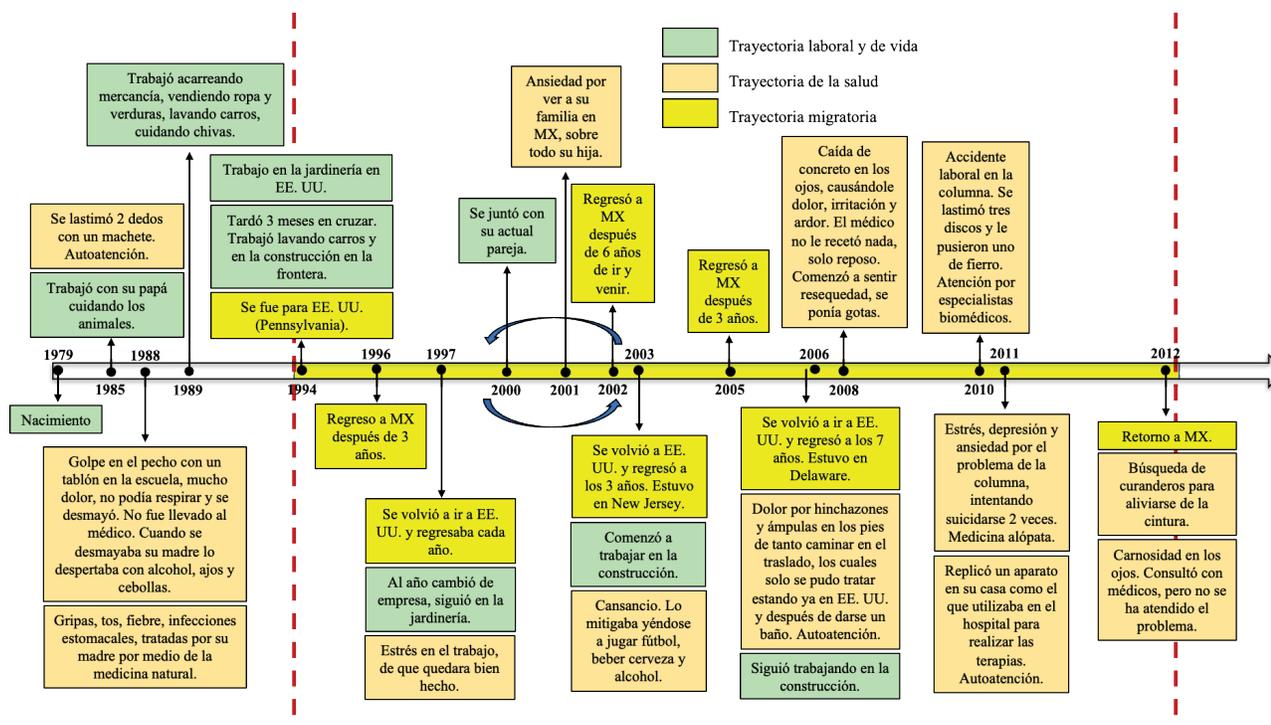
### Al retorno

Ya de regreso en México usaba el bastón, estuvo 6 meses buscando todo tipo de curanderos y hueseros para que lo pudieran curar. Adquirió medicamentos para el dolor de la cintura, pues si bien había traído de Estados Unidos, estos últimos los utilizaba cuando ya el dolor era demasiado fuerte (Diagrama 2).

*Llego para acá y lo primero se sorprenden. Ya mi papá ya estaba aquí, o sea, ya mi papá había regresado, y pues el ya platicó con mi mamá, ya estaban medio esterados. Entonces llego aquí, veo terapeutas aquí, veo hueseros, aquí hice de todo.* (Alberto, comunicación personal, 19 de agosto de 2021)

En primera instancia, acudió con 4 curanderos, los cuales generalmente lo sobaban con ciertas yerbas y cremas, y, si bien Alberto sentía buenas sensaciones en el momento de las sesiones, posteriormente sentía más dolor y ningún avance. Un quinto curandero definitivamente le mencionó que el sitio en donde tenía el problema no se atre-

**Diagrama 2. Itinerario terapéutico de Alberto**



Fuente. Elaboración propia con base en el testimonio de Alberto, mayo de 2021 - mayo de 2022.

vía a intentar ayudarlo, dado que era un inconveniente serio. A los 6 meses encontró un curandero en Cuautla, Morelos, quien, según cuenta Alberto, le dio una sacudida a la cintura y lo curó. Incluso manifestó que salió caminando y sin bastón, y prácticamente fue como volver a vivir, hacer su vida normal. A pesar de sentir cansancio y algo de dolor en la cintura, dejó de tomar medicamentos para no volverse adicto a ellos. En su lugar, decidió hacer ejercicio, sentadillas y camina para relajar los músculos.

También padece carnosidad en sus ojos y los mantiene siempre rojos. Los especialistas le han manifestado que es por el cansancio, es una enfermedad que pudo, y así lo expresó Alberto, haberse dado por las jornadas de trabajo tan extenuantes de hasta 48 horas sin dormir o más, al igual que tener que estar todo el tiempo con los ojos bien abiertos para no generar algún tipo de accidente. Además, también pudo influir la ocasión en que le cayó la mezcla de concreto en sus ojos en Estados Unidos. Se hizo revisar para operarse en México, pero siempre le recalaban la posibilidad de un error. En este sentido, Alberto decidió no hacerlo.

En términos generales, Alberto también experimentó varios sucesos que pudieron afectar sus procesos de salud/enfermedad, sin embargo, el accidente presentado en Estados Unidos marcó su vida por las fuertes repercusiones que tuvo, generándole muchos problemas de estrés, ansiedad y depresión, hasta el punto de atentar contra su vida.

## Discusión

A partir de lo mencionado por Perdiguero (2006, como se citó en Lamarque y Moro Gutiérrez, 2020: p. 2-3), a través del itinerario terapéutico

se «pone en juego distintas interpretaciones y curas que se corresponden con los usos sociales de la enfermedad y el modo en que se vinculan lo biológico, lo social y lo cultural», tal y como se pudo observar en la evidencia empírica de los 2 migrantes entrevistados, con problemas de salud originados por diferentes factores. En este sentido, la importancia del itinerario terapéutico como eje fundamental para describir, interpretar y explicar los PSEAP, tal cual lo aplicaron Goldberg (2003), Pasarin (2011) y Santillanes Allande (2017) dentro de sus investigaciones, como un mecanismo para identificar el contexto en el que se desarrollaron los problemas de salud/enfermedad de los individuos.

De igual forma, la propia voz del actor se consideró una herramienta conceptual y metodológica valiosa al tomar en cuenta, y como lo señala Pestaña de Martínez (2004), estudia los fenómenos, para este caso de la investigación, los concernientes a los problemas de salud/enfermedad, de acuerdo con lo experimentado y percibido por los individuos, conociendo la realidad de quien lo vive y padece.

En este sentido, resalta lo que tal vez pudo acontecer con Erasto, de cómo, por ejemplo, sus problemas de alta presión y colesterol se pudieron originar mayormente a causa de los hábitos alimenticios, por la mala alimentación en la niñez, pero también por el consumo de comida chatarra y bebidas azucaradas, así como a la falta de actividad física en el lugar de recepción. De igual forma, un estrés producido por la tensión de no tener trabajo e ingresos suficientes para poder enviar dinero a su familia y para los mismos gastos personales. Toda esta serie de sucesos al no ser atendidos pudieron facilitar un problema de mayor magnitud, como fue el derrame cerebral.

De igual forma, el estrés, la ansiedad, la depresión fueron parte fundamentales de los problemas de salud/enfermedad de Alberto, cuyos inconvenientes mentales incidieron en él hasta el punto de querer suicidarse, y ahora de acuerdo con Alberto, son anécdotas que le han causado risa, por el hecho de pensar en las locuras que intentó realizar y de las cuales salió con vida. No obstante, frente a la libre elección, y como señala Bandura (2006, como se citó en Banda et al., 2014), en la que el funcionamiento humano está supeditado a una combinación de determinantes intrapersonales, ambientales y conductuales, Alberto estuvo en la toma de malas y buenas decisiones en torno a su problema de salud, influenciado por la depresión por no poder hacer las actividades a las que estaba acostumbrado. Así mismo, al no haber fructificado el deseo de Alberto, luego por medio de la «autorreflexión [en donde se] considera que las personas autoexaminan su propio funcionamiento» (Bandura, 2006, como se citó en Banda et al., 2014: 163), fue que reflexionó sobre sus pensamientos y acciones, buscando de esta manera enfocar su lucha en tratar de curarse lo más rápido que se pudiera.

Ambas experiencias de los migrantes entrevistados se asemejan a los resultados obtenidos por Goldberg (2003) en su tesis doctoral, argumentando que los problemas de salud de un grupo de senegaleses en España se originaron por las difíciles condiciones de trabajo y de vida que experimentaron, a causa de su condición de inmigrantes en los invernaderos de los campos de Almería. Senegaleses que habitaron en viviendas con precarias condiciones: en muchos casos sin electricidad, gas y agua; así como trabajos sin contratos, mal remunerados, intensas jornadas laborales, con condiciones estresantes, sobrecarga física, deshidratación permanente, con exposición a sus-

tancia tóxicas, las cuales repercuten en un proceso destructivo de su salud.

Las experiencias de Erasto y Alberto también se relacionan en algunos aspectos con los resultados de una investigación realizada por Goldberg (2013) en migrantes bolivianos establecidos en Buenos Aires y Sao Paulo, los cuales llegaron de manera indocumentada, en la que se muestra que los principales padecimientos y malestares estaban vinculados con los modos de vida y de trabajo en los talleres de costura clandestinos que funcionaban como unidades productivas-habitacionales, en los que prevalecían algunos problemas posturales y de articulación, problemas de sociabilidad, anímicos y psicológicos, así como alimentación escasa e inadecuada. En este sentido, dichos modos de vida y de trabajo en los que vivían estos migrantes bolivianos trascendían en sus PSEA, desencadenando padecimientos específicos, como lo fue la tuberculosis.

Por otro lado, Santillanes Allande (2017) en su investigación doctoral sobre las trayectorias de vida de 6 mujeres migrantes de origen mexicano diagnosticadas con depresión por parte de los servicios biomédicos de Nueva York, también utilizó el itinerario terapéutico para construir los episodios de la enfermedad de las migrantes, así como conocer las diferentes formas de atención. Se pudo observar, así como le sucedió a Alberto con su problema de la cintura, que la medicina biomédica tuvo una utilidad temporal en la atención de las mujeres migrantes con depresión, al recibirlas en urgencias en diferentes hospitales, y el brindarles una primera consulta. Sin embargo, al ser indocumentadas, y no tener ningún tipo de servicio médico, no pudieron avanzar en el respectivo tratamiento, por lo cual frente a los instantes de crisis acudieron a otro tipo de opciones

terapéuticas para sobreponerse a esta enfermedad, como fueron: los grupos de danza prehispánica, la lectura y reflexión de la Biblia, la participación en pirámides<sup>3</sup> y organizaciones comunitarias, así como la venta de productos del Club Herbalife. En el caso específico de Alberto, y de acuerdo con su testimonio, la medicina biomédica le ayudó en gran medida para recuperarse de su problema de salud en la cintura, permaneciendo con muletas, pero fueron los curanderos los que lo aliviaron definitivamente.

Así pues, las vivencias de Erasto y Alberto frente a sus problemas de salud fueron el reflejo de sus modos de vida, acciones y pensamientos, tanto individual como colectivamente. Con base a sus representaciones y de cómo vivieron su enfermedad, los padecimientos tuvieron variadas repercusiones y consecuencias. Los tipos de atención también han sido diferentes, en el que en gran parte dependieron y estuvieron relacionados con la gravedad del problema de salud, satisfacción del tratamiento y las creencias, sobresaliendo la medicina biomédica, la medicina tradicional y la autoatención. La combinación de estos tipos de atención fue importante en el tratamiento de varias de las enfermedades expresadas por los 2 migrantes de retorno entrevistados.

## Conclusiones

Desde el enfoque de la antropología médica a través de los PSEA fueron visibles los modos de vida presentes en los migrantes en su cotidianidad, cuya relación y tomando en cuenta el itinerario terapéutico fue posible identificar cómo se

lograron enfrentar diversos padecimientos suscitados en la trayectoria migratoria, unos más severos que otros, pero que repercutieron en el diario vivir de los migrantes, en el que hubo varios actores involucrados, bien sea para acrecentar los problemas de salud, o por el contrario, contribuyeron a solucionarlos.

Frente a este contexto, la importancia de considerar los problemas de salud/enfermedad de los migrantes que retornan, pues son inconvenientes que tienen una historicidad, los cuales pudieron o no ser atendidos, pero tarde o temprano se reflejaran en mayor magnitud. De igual forma, hacer énfasis en los problemas emocionales y de salud mental, porque de acuerdo con la evidencia empírica y los resultados de algunas investigaciones (Caicedo y Van Gameren, 2016; Santillanes Allande, 2017; Zapata Villa et al., 2018), se están dando en cualquiera de las fases migratorias, son multicausales y multiespaciales, ocasionados por el entorno que rodea a los individuos, a los modos de vida que ellos crean y recrean.

De acuerdo con Cervantes González y Sánchez Ricardo (2022: 5), para diciembre de 2021 en Estados Unidos, “los trabajadores mexicanos inmigrantes representaron el 22.4% del total de trabajadores ocupados en el sector de la construcción, el 16.5% de los trabajadores en la agricultura, el 6.8% del total de ocupados en las manufacturas y el 6.4% de los que laboraron en hospedaje y alimentos”, lo que da cuenta de que la mayor proporción de migrantes se encuentran laborando en los oficios más peligrosos. En este sentido, la necesidad de que los entes gubernamentales de ambos países trabajen en busca de garantizar la salud de la población migrante, en sus necesidades de salud como de otras dimensiones, en un seguimiento que busque darles solución a los diferentes problemas de manera diferenciada, porque

<sup>3</sup> Las pirámides o esquema piramidal es un esquema de negocios basado en que los y las participantes tienen que captar a más inversionistas porque de los nuevos se van a nutrir las ganancias de los anteriores. También es lógico que se le denomine pirámide ya que cada vez se necesitan más clientes para poder pagar los beneficios.

cada uno tiene una historia, un recorrido que los hace diferentes, de ahí que la atención debe ser especial de acuerdo con sus propias necesidades.

Por lo tanto, es indispensable en el marco de los derechos humanos y frente a la importancia de los migrantes mexicanos en la economía estadounidense y de México, que se dé un acuerdo bilateral y se reformen las políticas migratorias, de tal manera que ambos países protejan y cuiden de la población migrante durante toda la trayec-

toria migratoria, pues la economía de ambos países se ve beneficiada por el capital humano que ellos brindan. De ahí que no sea correcto que sólo México tenga la responsabilidad de recibir a los migrantes retornados, quienes después de muchos años de trabajo en Estados Unidos, llegan con una carga de enfermedad que repercute de manera considerable en el sistema de salud mexicano, así como en otras dimensiones como la vivienda y el trabajo. Lo justo es que ambos países se responsabilicen del bienestar de esta población migrante.

## Referencias bibliográficas

- Amezcuca, M. y Hueso Montoro, C. (2009). “Cómo analizar un relato biográfico”. Arch Memoria [en línea]. (6 fasc. 3). <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/50929/2009-archivos-relato-biografico-analisis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Arenas, E.; Goldman, N.; Pebley, A. & Teruel, G. (2015). “Return migration to Mexico: does health matter?” *Demography*, 52(6), 1853-1868, December.
- Baer, H. A., Singer, M. & Susser, I. (1997). *Medical anthropology and the world system: a critical perspective*. Westport, C, T: Bergin & Garvery.
- Banda, A.; Morales, M.; Flores, R. y Vanegas, A. (2014). “Promoción de la salud mental mediante el desarrollo de la agencia humana y el empoderamiento: enfoque intrapersonal”. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 32 (1), S161-S169.
- Boltvinik, J. (1986). “Sistemas de necesidades y modos de vida en México”. *Investigación Económica*, 45(175), 169-204. <https://biblat.unam.mx/hevila/Investigacioneconomica/1986/no175/8.pdf>
- Caicedo, M. y Van Gameren, E. (2016). “Desempleo y salud mental en la población de origen hispano en Estados Unidos: un análisis epidemiológico”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3), 955-966.
- Calva Sánchez, L. E. y López Jaramillo, A. M. (2017). “La salud y el acceso a los servicios de salud asociados al retorno y permanencia en México de los migrantes provenientes de EE. UU”. En Secretaría de Gobernación y Consejo Nacional de Población, Migración y Salud. Reflexiones y retos sobre la salud de la población migrante. México
- Canales, A. I. y Meza, S. (2016). “Fin del colapso y nuevo escenario migratorio México-Estados Unidos”. *Migración y Desarrollo*, 14(27), 65-107. <https://www.scielo.org.mx/pdf/myd/v14n27/1870-7599-myd-14-27-00065.pdf>
- Castañeda, A. (2018). *Migración, tolerancia cero y derechos humanos en Estados Unidos*. El Colegio de la Frontera Norte. <https://www.colef.mx/noticia/migracion-tolerancia-cero-y-derechos-humanos-en-estados-unidos/> (Consulta 12 de mayo de 2024).
- Castañeda, X., Castañeda-Camey, N., Diaz Hinojosa, V., Ruiz Custodio, C. y Alonzo, O. (2018). “Salud y derechos de los migrantes mexicanos retornados. Seguridad o desconsuelo”. En Corzo Sosa, E., Giorguli Saucedo, S. E. y Bautista León, A. (Coord.), *Migración de retorno y derechos sociales: barreras a la integración*. El Colegio de México

- y Comisión Nacional de Derechos Humanos, (4), 31-37.
- Castro, A. & Farmer, P. (2007). "Medical Anthropology in the United States". In Saillant F. & Genest, S. (Eds.), *Medical Anthropology. Regional Perspectives and Shared Concerns* (pp. 42-57). Blackwell, Malden, MA.
- Ceja, A., Lira Mandujano, J. y Fernández Guzmán, E. (2014). "Salud y enfermedad en los migrantes internacionales México-Estados Unidos". *Ra Ximhai*, 10(1), 291-306. [https://www.researchgate.net/publication/333156727\\_Salud\\_y\\_enfermedad\\_en\\_los\\_migrantes\\_internacionales\\_Mexico-Estados\\_Unidos](https://www.researchgate.net/publication/333156727_Salud_y_enfermedad_en_los_migrantes_internacionales_Mexico-Estados_Unidos)
- Ceja, A.; Lira, J. y Fernández, E. (2014). "Salud y enfermedad en los migrantes internacionales México-Estados Unidos". *Ra Ximhai*, 10(1), 291-306.
- Cervantes González, J. A. y Sánchez Ricardo, C. (2022). "En 2021 la economía de Estados Unidos generó 434 mil empleos para los trabajadores mexicanos inmigrantes". *Foro Remesas América Latina y el Caribe*. <https://www.cemla.org/forode-remesas/notas/2022-01-notas-de-remesas-01.pdf>
- CNN Español (2023). ¿Qué es el Título 8, la normativa para regular la migración en EE. UU. que se implementará tras el Título 42? <https://cnnespanol.cnn.com/2023/05/11/que-es-el-titulo-8-norma-migracion-titulo-42-estados-unidos-orix/> (Consulta 12 de abril de 2024).
- Díaz, C. J., Koning, S. M. y Martínez-Donate, A. P. (2016). "Moving beyond salmon bias: Mexican return migration and health selection". *Demography*, 53, 2005-2030.
- Durand, J. (2013). "Nueva fase migratoria". *Papeles de Población*, 9(77), 83-113.
- El Colegio de la Frontera Norte (EL COLEF) (2020). *Mujeres migrantes: violencias y estrategias*. <https://www.colef.mx/noticia/mujeres-migrantes-violencias-y-estrategias/> (Consulta 8 de octubre mayo de 2024).
- Farmer, P. (2005). "Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor". California: University of California Press.
- Flynn, M.; Carreón, T.; Eggerth, D. y Johnson, A. (2016). "Inmigración, trabajo y salud: revisión bibliográfica sobre entre México y los Estados Unidos". En: Carreón, J. (Coord.) *Migración*. *Revista Trabajo Social*, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gandini, L.; Lozano-Ascencio, F. y Gaspar Olvera, S. (2015). *El retorno en el nuevo escenario de la migración entre México y Estados Unidos*. Consejo Nacional de Población. México.
- Golash-Boza, T. & Hondagneus-Sotelo, P. (2013). "Latino immigrant men and the deportation crisis: a gendered racial removal program". *Latino Studies*, 11(3), 271-292.
- Goldberg, A. (2003). *Ser migrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y trabajo. El proceso de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en Barcelona*. [Tesis de doctorado. Facultad de Letras, Universitat Rovira I Virgili]. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8418/AGoldbergTESIS1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Goldberg, A. (2010). "Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes senegaleses de Barcelona". *Cuicuilco*, 17(49), 139-156.
- Goldberg, A. (2013). "Situaciones de riesgo para la salud de los trabajadores inmigrantes: una aproximación etnográfica comparativa". *Quaderns-e*, 18(2), 173-186.
- Gómez Cardona, L. (2013). "Por una antropología médica crítica hoy. Reflexiones a partir de una investigación sobre los problemas gastrointestinales de los niños que pertenecen a una minoría étnica en Canadá". *Maguaré*, 27(2), 21-65.
- González Pérez, U. (1990). "La psiquis, la salud, la enfermedad y el modo de vida". *Revista Cubana de Psicología*, 7(2).

- González Pérez, U. (2005). “El modo de vida en la comunidad y la conducta cotidiana de las personas”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(2).
- Jardón Hernández, A. E. (2017). *Migrar en tiempos de crisis. Transición hacia una nueva fase migratoria. El Colegio de Michoacán.*
- Jáuregui-Díaz, J. A. y Ávila-Sánchez, M. (2017). “El uso de coyote o pollero en el proceso migratorio México-Estados Unidos, 1993-2010”. *Huellas de la migración*, 2(4), 151-186. <http://eprints.uanl.mx/15631/1/document%20%281%29.pdf>
- Lamarque, M. y Moro Gutiérrez, L. (2020). “Itinerarios terapéuticos y procesos de atención de la enfermedad en migrantes latinoamericanos: conflictos, negociaciones y adaptaciones”. *Migraciones Internacionales*, 11(2), 1-20.
- Lindón Villoria, A. (1999). *De la trama de la cotidianidad a los modos de vida urbanos. El Valle de Chalco. El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos – El Colegio Mexiquense.*
- Martínez Hernández, Á. (2007). “Cultura, enfermedad y conocimiento médico la antropología médica frente al determinismo biológico”. En Esteban, M. L. (edit.), *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas (11-43).* Asociación por el Derecho a la Salud, Bilbao.
- Martínez, A. (2023). Título 42: las claves para entender el programa “anti-inmigrante”. <https://elpais.com/mexico/2023-05-11/titulo-42-las-claves-para-entender-el-programa-anti-migrante.html> (Consulta 8 de abril de 2024).
- Martínez, S. (2019). “Trastornos mentales en inmigrantes: ¿por qué se producen y cómo evitarlos?”. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 1-2.
- Menéndez, E. (1994). “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?”. *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, E. (2010). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Prohistoria ediciones. Argentina.*
- Menéndez, E. (2018). “Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional”. *Salud Colectiva*, 14(3), 461-481.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). *Situación de salud mental en la población migrante y otras poblaciones en situación de vulnerabilidad en Colombia. Junio 2018 a noviembre 2019.* <https://reliefweb.int/report/colombia/situacion-de-salud-mental-en-la-poblacion-migrante-y-otras-poblaciones-en-situacion>
- Pasarin, L. (2011). *Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos de salud/enfermedad/atención.* En *Los aportes del Análisis de Redes Sociales a la Psicología.* Mendoza (Argentina): Editorial de la Universidad del Aconcagua.
- Pestaña de Martínez, P. (2004). “Aproximación conceptual al mundo de los valores. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*”, 2(2), 67-82.
- Pujadas, J. (2000). “El método biográfico y los géneros de memoria”. *Revista de Antropología Social*, 9, 127-158.
- Regents of the University of California y Secretaría de Salud (2007). *Migración, salud y trabajo: datos frente a los mitos. 1ª ed.* México: University of California y Secretaría de Salud. [https://healthpolicy.ucla.edu/publications/Documents/PDF/immigration\\_rep\\_oct07\\_esp.pdf](https://healthpolicy.ucla.edu/publications/Documents/PDF/immigration_rep_oct07_esp.pdf) [http://healthpolicy.ucla.edu/publications/Documents/PDF/immigration\\_rep\\_oct07\\_esp.pdf](http://healthpolicy.ucla.edu/publications/Documents/PDF/immigration_rep_oct07_esp.pdf) (Consulta 12 de noviembre febrero de 2024).
- Rendón, E. (2017). *Migración: un modelo para el retorno.* Nexos. <https://www.nexos.com.mx/?p=34402> (Consulta 8 16 de octubre febrero de 2024)
- Rylko-Bauer, B., Whiteford, L. & Farmer, P. (2009). *Global Health in Times of Violence.* Santa Fe: School for advanced research Press.
- Saavedra Solano, N., Berenzón Gorn, S. & Galván Reyes, J. (2023). “‘I Don’t Want to Be Here.’ re-

- turning from the U.S. to Mexico and emotional distress: A qualitative study”. *Journal of Migration and Health* 7.
- Sacchi, M., Hausberger, M. y Pereyra, A. (2007). “Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta”. *Salud Colectiva*, 3(3), 271-283.
- Santillanes Allande, N. I. (2017). El proceso de salud/enfermedad/atención de la depresión en mujeres migrantes mexicanas que residen en la ciudad de Nueva York. [Tesis de doctorado. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social]. <https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1015/591/1/TE%20S.A.%202017%20Nadia%20Irina%20Santillanes%20Allande.pdf>
- Sanz Hernández, A. (2005). “El método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales”. *Revista Asclepio*, 57(1), 99-116.
- Seppilli, T. y Otegui, R. (2005) “Antropología Médica Crítica. Presentación”. *Revista de Antropología Social*, 14, 7-13.
- Torres, J. & D. Young, M. (2016). “A life-course perspective on legal status stratification and health”. *SSM -Population Health*, 2, 141–148.
- Unidad de Política Migratoria (UPM) (2015-2023). Boletín mensual de estadísticas migratorias. [https://portales.segob.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/Boletines\\_Estadisticos](https://portales.segob.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/Boletines_Estadisticos)
- Vargas-Arenas, I. (1985). “Modo de vida, categoría de las mediaciones entre formación social y cultural”. *Boletín de Antropología Americana*, (12), 5-16.
- Vega Briones, G. (2016). “Problemas actuales de sobrepeso entre los migrantes mexicanos”. *Migraciones Internacionales*, 8(4), 201-230.
- Zapata Villa, C., Agudelo Suárez, A. A., Cardona Arango, D. & Ronda-Pérez, E. (2018). “Health status and experience of migrant workers returned from Spain to Colombia: a qualitative approach”. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20, 1404-1414. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0684-3>
- Zimmerman, C.; Kiss, L. & Hossain, M. (2011). “Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making”. *PLoS Medicine*, 8(5).