

Trabajo y salud mental de
latinoamericanos en Estados Unidos.
Más que una paradoja

Trabajo y salud mental de
latinoamericanos en Estados Unidos.
Más que una paradoja

Maritza Caicedo



Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto de Investigaciones Sociales
México, 2019

Nombres: Trabajo y salud mental de latinoamericanos en Estados Unidos. Más que una paradoja / Maritza Caicedo.

Descripción: Primera edición. | México : Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales : Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, 2018.

Identificadores: LIBRUNAM 2028652 | ISBN 9786073014151.

Temas: Trabajadores extranjeros latinoamericanos - Estados Unidos - Salud mental. | Trabajadores extranjeros latinoamericanos - Estados Unidos - Salud e higiene. | Desempleados - Estados Unidos - Salud mental. | Desempleo - Aspectos psicológicos.

Clasificación: LCC HD8081.H7.C354 2018 | DDC 331.6368073-dc23

Este libro fue sometido a un proceso de dictaminación por académicos externos al Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, de acuerdo con las normas establecidas por el Consejo Editorial de las Colecciones del Instituto.

Los derechos exclusivos de la edición quedan reservados para todos los países de habla hispana. Queda prohibida la reproducción parcial o total, por cualquier medio, sin el consentimiento por escrito del legítimo titular de los derechos.

Primera edición: 2019

D.R. © 2019, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES
Ciudad Universitaria, 04510, Coyoacán, Ciudad de México

Coordinación editorial: Virginia Careaga Covarrubias
Diseño de portada: Cynthia Trigos Suzán
Pintura de la portada: Lida Yanet Caicedo

Impreso y hecho en México

ISBN: 978-607-30-1415-1

Índice

Agradecimientos	9
Introducción	11
CAPÍTULO I	
Salud mental y enfermedad mental. Algunas explicaciones teóricas	29
CAPÍTULO II	
Malestar Psicológico No Específico en nativos e inmigrantes de América Latina y el Caribe en Estados Unidos	65
CAPÍTULO III	
Mexicanos, dominicanos y colombianos en Estados Unidos. Perfil sociodemográfico y de salud mental.	97
CAPÍTULO IV	
La interrelación entre migración, trabajo digno y Malestar Psicológico No Específico. Inmigrantes mexicanos y nativos	143

CAPÍTULO V

Desempleo, subempleo y
Malestar Psicológico No Específico.
Mexicanos, dominicanos y colombianos
en Chicago y Nueva York 171
Maritza Caicedo
Edwin Van Gameraen

Conclusiones y consideraciones finales 217

Bibliografía 233

Anexos 271

A
Leonor,
a Fabio y a Silvana

Agradecimientos

Este libro fue posible gracias al financiamiento del Programa de Apoyos a la Investigación e Innovación Tecnológica de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), PAPIIT-IN301714 y el Programa de Investigación en Migración y Salud-PIMSA grant 2013-2014 que coordina la Universidad de California en Berkeley.

Quiero agradecer el respaldo de la Universidad DePaul y de la Universidad San Diego State, a través de las cuales se obtuvieron las certificaciones del Institutional Review Board-IRB para la aplicación de la encuesta DSM-2015. La Universidad de la Ciudad de Nueva York-CUNY, a través del Dominican Studies Institute participó, con recursos propios, en levantamiento de la encuesta.

También fue muy importante el apoyo del Instituto de los Mexicanos en el Exterior, los consulados mexicanos en Chicago y Nueva York, el Consulado Colombiano y el Consulado Dominicano en la Ciudad de Nueva York, la Coordinación de Vinculación Laboral de la Dirección General de Empleo, Capacitación y Fomento Cooperativo de la Secretaría del Trabajo de la Ciudad de México y el Servicio Nacional de Aprendizaje-SENA de la Ciudad de Cali. Así como la participación de las personas que respondieron la encuesta DSM-2015.

Finalmente quiero expresar un agradecimiento especial a Margarita Alegría e Ietza Bojórquez por sus valiosos comentarios en distintas etapas de la investigación. El libro no hubiera sido posible sin el respaldo académico de Edwin van Gameren, Catalina Amuedo-Dorantes, Haward Rosing, Esther Quintero y Ramona Hernández.

La participación de Salvador Cobo, Anna Banchik, Harold Caicedo, Luz Elena Anguiano, Cecilia Paz Millán, Sandra Murillo, Gloria Nancy Caicedo y Nadia Santillanes fue crucial en distintas etapas de la investigación. Agradezco también el apoyo de todo el equipo de profesionales, académicos y estudiantes que participaron en la realización del trabajo de campo y los valiosos comentarios de los evaluadores de este libro.

Introducción

Dos razones fundamentales me llevaron a escribir este libro: la primera de ellas tiene que ver con la necesidad de retomar hipótesis planteadas en el marco de investigaciones previas cuya observación podría ayudarnos a comprender parte de lo que sucede con la relación trabajo y salud mental. Después de realizar varias investigaciones en torno a la migración latinoamericana y caribeña a Estados Unidos y constatar las precarias condiciones de empleo que afrontan muchos inmigrantes, surgen preguntas insoslayables que discutiré en esta publicación: ¿Qué efectos tienen estas condiciones en las distintas dimensiones de la vida de los inmigrantes? ¿La angustia, la incertidumbre y la precariedad laboral logran lacerar el bienestar psicológico de estas poblaciones? La crisis de 2008 fue el primer impulso que tuvimos para intentar responder algunas de estas interrogantes. En ese entonces nos propusimos demostrar que el aumento del desempleo en población nativa e inmigrantes latinoamericanos, producto de la crisis, había generado afectaciones en la salud mental de los desempleados. En efecto logramos comprobar que la presencia de malestar psicológico —alteraciones del estado emocional— fue mayor en los nativos e inmigrantes que habían perdido su empleo, pero identificamos diferencias importantes entre los latinoamericanos; los resultados sugerían que el desempleo no afecta significativamente la salud mental de los mexicanos como ocurre con otros grupos étnicos. Esto nos llevó a plantear una pregunta urgente: ¿A qué se deben las diferencias en salud mental entre mexicanos y otros latinoamericanos desempleados en Estados Unidos?

Pero como es del conocimiento de los estudiosos del mercado de trabajo, el desempleo no es el principal problema que afecta a los inmigrantes y a millones de trabajadores en el mundo, tan lesivo como el desempleo son las precarias condiciones laborales. Logramos estructurar esta idea en un proyecto de investigación que recogió ambas inquietudes: conocer el efecto las condiciones laborales en los trabajadores latinoamericanos en dicho país e identificar factores que nos ayuden a explicar las diferencias en los niveles de malestar psicológico entre mexicanos y otros inmigrantes de la región. Los resultados del estudio que ahora se presentan fueron financiados por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT de la UNAM y el Programa de Investigación en Migración y Salud-PIMSA que coordina la Universidad de California en Berkeley.

La segunda razón que me motiva a escribir este libro se asocia a la escasez de estudios relacionados con el trabajo y la salud mental de los migrantes. Los estudios sobre migración internacional a Estados Unidos realizados desde la sociodemografía en América Latina y particularmente en México se han centrado en la cuantificación de la emigración y el efecto generado en las familias y comunidades de origen, la descripción de perfiles de los emigrantes, la inserción laboral, la contabilización las remesas y su impacto en las comunidades de origen, la participación política y las distintas dimensiones de la vida transnacional. Cada vez es más común encontrar trabajos de este tipo que incorporan la perspectiva de género y se esfuerzan por hacer visibles las diferencias cualitativas entre grupos de latinoamericanos y caribeños asentados en dicho país. En la actualidad tenemos mayor conocimiento sobre las diversas experiencias de los inmigrantes y el proceso de integración económica a esta sociedad. Hay una producción importante de trabajos que constatan sistemáticamente la desventaja socioeconómica que muchos enfrentan, explicadas en parte por sus características individuales y por el efecto de un trato discriminatorio por parte del mercado.¹ Pero, aun así, el

¹ En América Latina se conocen trabajos descriptivos con una mirada comparativa de la emigración regional a Estados Unidos (Pellegrino, 2003; Pellegrino y Martínez, 2001; Villa y Martínez, 2004). Éstos han puntualizado que los inmigrantes de la región en este

conocimiento que poseemos sobre los efectos de esas desventajas en la salud mental de los inmigrantes de la región es francamente escaso.

Por lo anterior, este libro pretende contribuir a la sociodemografía latinoamericana y llenar parte del vacío existente acerca de la situación laboral y la salud mental de algunos grupos de inmigrantes de América Latina y el Caribe en Estados Unidos. En particular, identificar factores asociados a la salud mental de esta población y conocer el tipo de relación que se establece entre sus condiciones laborales y la salud mental de esta población.

PERSISTENCIA DE LA MIGRACIÓN LATINOAMERICANA A ESTADOS UNIDOS

Pese al endurecimiento de la política migratoria de Estados Unidos desde 2001 y su recrudescimiento durante los últimos gobiernos, la migración latinoamericana en ese país mantiene su tendencia al aumento. Aunque las tasas de crecimiento anuales son menores a las observadas en las décadas de los años ochenta y noventa, en la actualidad los migrantes de América Latina y el Caribe y sus descendientes nacidos en Estados Unidos se ubican como el grupo étnico más numeroso de ese país. Según el censo de población estadounidense, en 1970 la cantidad de inmigrantes de latinoamericanos y caribeños no alcanzaba los dos millones, mientras que en el año 2000 superaron los dieciséis millones (Caicedo, 2010). Si bien, la crisis financiera iniciada en diciembre de 2007 se asoció a una disminución en el ritmo de crecimiento de la inmigración, el flujo nunca se detuvo. Stepler y López (2016) muestran que la tasa de crecimiento anual promedio

país cuentan con diversos perfiles educativos y ocupacionales. En México se han generado investigaciones que miden la emigración a Estados Unidos, analizan el perfil de los migrantes a través del tiempo, cuantifican las remesas y su impacto en las comunidades de origen (Bean, Corona, Tuirán, Woodrow-Lafield y Van Hook, 2001; Massey, Durand y Goldrin, 1994; Corona, 1998; Durand, 2007 y Tuirán, 2002). También abundan trabajos de carácter cualitativo que observan la emigración y los cambios en distintas dimensiones de la vida social en dichas comunidades (Ariza y Caicedo, 2012).

de la población latinoamericana descendió de 4.4% en el periodo 2000-2007 a 2.8% en el periodo 2007-2014.

Martínez, Cano y Contrucci (2014) en su análisis de las migraciones en América Latina y el Caribe constataron que la crisis financiera redujo el flujo de emigrantes hacia Estados Unidos, pero sigue siendo el principal destino de la migración latinoamericana y caribeña extrarregional. De acuerdo con los autores, en el año 2010 se contaron 20.8 millones de latinoamericanos y caribeños en Estados Unidos, que conformaron el 70% de la población que salió de América Latina y el Caribe en ese año. Los datos de la Current Population Survey (CPS) en 2017 registraron cerca de 23 377 020 inmigrantes latinoamericanos y caribeños viviendo en Estados Unidos.

Un reporte del buró de censos de este país (United States Census Bureau, 2017) indicó que en el año 2016 había 57.5 millones de personas latinoamericanas —incluyendo a inmigrantes y población de origen latinoamericano nacida en Estados Unidos—, que constituyen el 17.8% de la población total. Esta cifra supera a la cantidad de afroestadounidenses que en el mismo año eran 46.8 millones. De acuerdo con las proyecciones de Passel y Cohn (2017) la inmigración en general jugará un papel central en el crecimiento de la fuerza laboral de ese país para el año 2035. Lo que hace apremiante profundizar en el estudio de la inserción, condiciones laborales y la salud en general y, la salud mental en particular, de estas poblaciones.

Como ha sido ampliamente documentado (Pellegrino, 2001; Villa y Martínez, 2004), el acelerado crecimiento de la migración latinoamericana y caribeña, posterior a las modificaciones a la Ley migratoria de 1965, en donde se excluyeron principios de discriminación por raza y origen en el otorgamiento de visas, ha estado acompañado de múltiples factores; éstos son principalmente: las tensiones económicas experimentadas por los distintos países de la región durante los años ochenta; los conflictos políticos y sociales que desembocaron en oleadas de violencia en algunos países; la demanda laboral y las posteriores reformas migratorias como, la Ley IRCA de 1987 que buscó frenar la inmigración indocumentada y dio lugar la

regularización de inmigrantes y la reunificación familiar que aumentó el volumen de la inmigración permanente (Massey, Durand y Malone, 2002)— y, finalmente, los cambios implementados a la ley migratoria en 1990, cuyo trasfondo fue la necesidad de captar recursos humanos calificados (Pellegrino, 2001).

También ha sido decisiva la globalización económica, pues ha favorecido procesos de liberalización de las economías, de reconversión productiva y flexibilidad laboral generando con ello un impacto importante en el comportamiento de los mercados de trabajo en los países de América Latina y el Caribe. Estas transformaciones cambiaron formas de producción tradicional y la naturaleza del empleo que, en lugar de favorecer la vinculación de un mayor número de personas al empleo formal, han provocado su movilización al interior de una misma región o país y hacia otras naciones en busca de mejores oportunidades de trabajo (Sassen, 1993).

En general, actualmente en Estados Unidos, los inmigrantes latinoamericanos y caribeños participan en un número reducido de ocupaciones. Las mujeres habitualmente realizan trabajos relacionados con la amplia gama de servicios personales, entre los que destacan las ocupaciones de apoyo al cuidado de la salud, preparación de alimentos, limpieza y mantenimiento de edificios y jardines y cuidados a personas. Por su parte, los hombres se insertan principalmente en ocupaciones en la industria de la construcción, mantenimiento y reparación (Caicedo, 2010). Muchas de estas ocupaciones son mal remuneradas y deben ser realizadas en situación de desprotección e inseguridad laboral, poniéndolos en altas condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, que puede repercutir en su salud física y mental. Aunque en Estados Unidos se ha producido una amplia bibliografía que aborda el tema de las migraciones y la salud mental, hace falta generar mayor conocimiento en torno a las condiciones de empleo específicas que afrontan los inmigrantes latinoamericanos y caribeños en dicho país y los efectos de las mismas en su salud mental. En los siguientes apartados de esta introducción trataremos de dilucidar la complejidad de la relación “migración-trabajo-salud mental”.

MIGRACIÓN Y SALUD MENTAL

Desde el trabajo pionero de Odegaard publicado en 1932, en el que encontró que las tasas de hospitalización por esquizofrenia en inmigrantes de origen noruego en Minnesota eran superiores a las observadas en población nativa que no había migrado (Odegaard, 1932), se ha desarrollado un número amplio de investigaciones que indagan la relación entre migración y salud mental. En 1936 Malzberg observó la presencia de enfermedades mentales en distintos grupos étnicos en la ciudad de Nueva York e intentó establecer una relación causal entre el proceso migratorio y el deterioro de la salud mental (Malzberg, 1959). Para ello, comparó las tasas de primera admisión hospitalaria por enfermedad mental entre puertorriqueños y otras poblaciones en Nueva York entre 1948 y 1951 y encontró que los primeros tenían una tasa de 157.7 por cien mil, bastante superior a la de otros grupos (de 144.5 por cien mil). En otro estudio, el mismo autor analizó la incidencia de enfermedades mentales en migrantes internos y no migrantes entre población nativa blanca de Nueva York durante los años 1949 y 1951, y encontró que los migrantes presentaban tasas de primera admisión a hospitales por enfermedad mental superiores a las de la población no migrante (Malzberg, 1962).

A lo largo del siglo XX y lo que va del XXI, diversas investigaciones realizadas en América y Europa han constatado la relación negativa entre migración y salud mental (Bhugra, 2004; Kirkbride y Jones, 2010; Potochnik y Pereira, 2010; Salgado, 1996; Thomas y Lindenthal, 1989-1990; Zarza y Sobrino, 2007) y en particular, los efectos de la migración forzada en la salud mental de las personas víctimas de la violencia (Cervantes, Salgado de Snyder y Padilla, 1989; Lindert *et al.*, 2009; Pumariega, Rothe y Pumariega, 2005). Distintas explicaciones se han vertido en torno a esta relación. Entre ellas se ubica el “aislamiento social”, la cual plantea que el limitado contacto con la sociedad en general implica para el migrante grandes esfuerzos en el desempeño de su rol social que pueden redundar, de manera directa o indirecta, en la aparición de enfermedades mentales. Otra de las explicaciones se relaciona con el “choque cultural” y hace referencia

al efecto de las diferencias culturales en el proceso de inserción en la sociedad receptora, esto ocurre particularmente, cuando las discrepancias culturales entre el país de origen y el lugar de arribo de los inmigrantes son extremadamente grandes. “El cambio cultural” se ha empleado para explicar el efecto negativo de la migración en la salud mental de los inmigrantes, puesto que se asume a la aculturación como causante de malestar psicológico en el individuo que experimenta el cambio. Finalmente, se ha considerado también que la discordancia entre las metas propuestas y los logros alcanzados, producto de la migración, puede provocar “estrés de consecución de objetivos”, por la imposibilidad de acceder a los recursos necesarios para lograr una vida digna en la nueva sociedad, además, la discriminación étnica y la segregación espacial de la que muchos son víctimas, los hace proclives a desarrollar enfermedades mentales (Kuo, 1976).

De acuerdo con Pumariega *et al.* (2005) en muchos casos, las personas que dejan su país han estado expuestas a situaciones estresantes —violencia, pobreza, desempleo— incrementando así las posibilidades de desarrollar enfermedades mentales. Sin embargo, muchos inmigrantes también se ven en riesgo de pobreza, desigualdad y formas de discriminación en los lugares de destino, que los expone al desarrollo de este tipo de enfermedades. En términos generales, Salgado (2002) argumenta, desde una perspectiva psicológica, que la migración implica en el ser humano tres transiciones relacionadas: la recomposición de las redes sociales, la extracción de un sistema socioeconómico y la inserción en otro y el movimiento desde un sistema cultural a otro totalmente diferente. Estas transiciones suponen demandas en el individuo que éste no está en capacidad de cubrir. Para distintos autores (Araújo, 2009; Berry, Kim, Minde y Mok, 1987; Bhugra, Wojcik y Gupta, 2011; Hoovey y Magaña, 2000; Finch, Frank y Vega, 2004; Kail, Zayas y Malgady, 2000; Ruiz, Maggi y Yusim, 2011; Salgado, 2002), la exposición al nuevo ambiente cultural, el rechazo por parte de la sociedad de llegada y las dificultades en el proceso de inserción social, son algunos de los elementos que hacen que el proceso de adaptación a la nueva sociedad

esté cargado de tensiones con probables consecuencias en la salud mental de los inmigrantes.

Bhugra y Jones (2001) enfatizan que el proceso migratorio en sí mismo y la subsecuente adaptación cultural y social de los inmigrantes a la sociedad receptora juegan un rol importante en su salud mental. Señalan que entre los aspectos que se deben considerar para evaluar la salud mental de los mismos se encuentran el estatus migratorio, las experiencias de la migración, la fase de la misma, la adaptación al país de llegada, las actitudes de la sociedad receptora, los conflictos culturales que genera la densidad étnica y los logros y expectativas de los inmigrantes en el nuevo país. Vega, Kolody y Valle (1987) agregan que características sociodemográficas como la baja escolaridad, los ingresos precarios, el desempleo, las rupturas conyugales, así como el tiempo de permanencia en el país de destino, deben ser considerados a la hora de observar la salud mental de los inmigrantes.

En el caso concreto de los inmigrantes latinoamericanos y caribeños en Estados Unidos, no existen resultados concluyentes. Por un lado, diversas investigaciones han comprobado que la migración afecta negativamente la salud mental de estos inmigrantes (Aguilar-Gaxiola *et al.*, 2008; Carrasquillo y Shea, 2000; Guarnaccia, Martínez y Acosta, 2005; Ku y Waidmann, 2003; Thapa y Hauff, 2005) y por otro, hay quienes afirman (Acevedo-García y Bates, 2008; Escobar, 1998; Karnon y Edgerton, 1969; Potochnick y Pereira, 2010; Rehkopf y Kubzansky, 2008; Thomson *et al.*, 2013) que pese las precarias condiciones socioeconómicas de la gran mayoría, muchos presentan mejores indicadores de salud física y mental que sus contrapartes nacidos en Estados Unidos y la población nativa blanca no hispana. A esto se le ha denominado “paradoja hispana” (Markides y Coreil, 1986).

Existe una amplia discusión en torno a esta paradoja (Palloni y Morenoff, 2001; Acevedo-García y Bates, 2008; Mendelson *et al.*, 2008), pues por un lado se argumenta que, en términos generales, muchos inmigrantes —no sólo los latinoamericanos y caribeños— presentan ventajas en materia de salud durante los primeros años de

permanencia en el país de destino. En el caso concreto de los inmigrantes de la región, no todos tienen mejor salud mental que la población nativa, tal es el caso de los puertorriqueños (Alegría *et al.*, 2008). Y por otro lado, se señala que esas ventajas comparativas de los inmigrantes tienden a desaparecer con el tiempo de permanencia en el país de destino (Constant *et al.*, 2018). Se ha argumentado que el desmejoramiento de la salud en muchos inmigrantes latinoamericanos en parte está asociado a la adopción de conductas riesgosas, que suelen ser propias de la cultura estadounidense, como el alto consumo de tabaco. Por lo general los latinoamericanos tienden a fumar menos y a consumir alimentos más ricos en fibra, así como también las mujeres tienen hijos a edades más tempranas y presentan probabilidades menores de consumir sustancias perjudiciales para la salud durante el embarazo. Los resultados de distintas investigaciones han mostrado que la adopción de conductas propias de la cultura dominante, aumentan la probabilidad de consumo de drogas y alcohol entre los latinos (Finch *et al.*, 2004). Además, de acuerdo con estos autores, el uso de drogas entre los latinoamericanos aculturados no constituye una simple imitación de los comportamientos percibidos de la cultura dominante, sino que obedece a un proceso de aprendizaje social complejo que involucra una reestructuración cognitiva de la información y la incorporación de una serie de significados culturales.

Como se mencionó, algunos estudios etnográficos encontraron que la población de origen mexicano presenta problemas psiquiátricos en niveles similares a los observados entre los nativos blancos no-hispanos (Vega *et al.*, 1984), mientras otros (Alegría *et al.*, 2008) han encontrado menor prevalencia de desórdenes psiquiátricos entre inmigrantes de origen latinoamericano en comparación con sus descendencias nacidas en Estados Unidos y los nativos no hispanos. Por ejemplo, en el caso mexicano, cuando algunas investigaciones reportan mayores tasas de desórdenes mentales entre la población de origen mexicano, otras ubican a los nativos blancos no-hispanos y a los afroestadounidenses con las mayores tasas de problemas

mentales. Grant *et al.* (2004) señalaron que las bajas tasas de enfermedad mental entre inmigrantes mexicanos en relación con mexicoamericanos y nativos blancos no-hispanos obedecen a un efecto de selección de la migración. Es decir, los individuos con buena salud mental emigran más a Estados Unidos, por lo tanto, el riesgo de padecer alguna enfermedad mental es menor para ellos (Vega *et al.*, 1984).

Vega y Rumbaut (1991) señalan que investigaciones realizadas durante los años sesenta, en el sur de Texas, demostraron que la cohesión familiar y los valores tradicionales de las familias hispanas reducen la presencia de enfermedades mentales entre la población. Reportes de investigaciones citados por los autores revelan que la cultura mexicana ayuda a amortiguar situaciones de estrés en los individuos y que a la vez es más tolerante frente a las enfermedades mentales que pudieran presentar miembros de la familia. Distintas investigaciones (Carrasquillo *et al.*, 2000; DuBard y Gizlice, 2008; Guarnaccia *et al.*, 2005; Ku y Waidmann, 2003) han evidenciado el bajo uso de servicios de salud mental por parte de la población mexicana en Estados Unidos y han establecido que uno de los factores que limita el reporte y búsqueda de apoyo profesional por parte de los inmigrantes hispanos ante los problemas de salud mental, es la imposibilidad de comunicarse en el idioma inglés.

Otras investigaciones (Thapa y Hauff, 2005) muestran una asociación entre la ausencia de trabajo asalariado y la angustia psicológica que experimentan muchos inmigrantes en los contextos de recepción. En el caso concreto de los trabajadores inmigrantes en el sector agrícola, Dodge (2009) señala que las investigaciones realizadas en Estados Unidos han encontrado que la pobreza, la discriminación y la limitada movilidad social se asocian a los padecimientos mentales de los inmigrantes. La autora agrega que aproximadamente entre 25% y 33% de los trabajadores mexicanos han experimentado problemas de salud mental. Hoovey *et al.* (2000) encontraron que los trabajadores agrícolas expuestos a altos niveles de “estrés aculturativo” experimentaban altos niveles de depresión y ansiedad. Según los autores, aspectos como la disfunción familiar, la falta de apoyo

social, la baja autoestima, la falta de opciones en la decisión de inmigrar y el hecho de vivir un estilo de vida campesino, entre otros, se asociaron significativamente con altos niveles de ansiedad y depresión.

Moussaoui y Agoub (2010) y Stillman, McKenzie y Gibson (2006); argumentan que la migración no necesariamente es la desencadenante de problemas mentales y que muchos de los estudios que abordan esta problemática adolecen de una metodología que permita establecer los niveles de salud mental de los migrantes en la etapa pre-migratoria. Además, se suele comparar la salud mental de los inmigrantes con la población nativa sin controlar antecedentes de enfermedad mental de estas poblaciones. De acuerdo con estos autores, existe evidencia de que la salud mental de grupos de inmigrantes mejoró después de abandonar su lugar de origen. Por lo que sugieren dedicar más atención al estudio de esta relación, así como afinar las estrategias metodológicas de investigación, de modo tal que sea posible observar con mayor precisión las enfermedades mentales en la población inmigrante.

LA RELACIÓN MIGRACIÓN, TRABAJO Y SALUD MENTAL

No queda duda de que el contexto de recepción, es decir, las políticas migratorias del gobierno, las condiciones de inserción en el mercado de trabajo y las características de la comunidad étnica en que se insertan los inmigrantes, puede mitigar o potencializar el desarrollo de malestar psicológico (Portes y Rumbaut, 1994). El contexto de recepción estadounidense para muchas personas procedentes de América Latina y el Caribe es adverso, algunos, además de afrontar la pobreza, se exponen a situaciones de discriminación y racismo o experiencias que pueden lacerar su salud mental (Craig, 2011; Darity, 2003; Pavalko, Mossakowski, y Hamilton, 2003). A esto se debe sumar el deterioro de las condiciones laborales o de empleo y el aumento del desempleo en Estados Unidos, pues éstos contribuyen

a que el proceso de inserción en los inmigrantes sea mucho más lento y difícil.

Ha sido ampliamente documentado que las transformaciones experimentadas por la economía y el mercado de trabajo en Estados Unidos a lo largo de las últimas cinco décadas han dado lugar a dos hechos trascendentales en el mundo laboral. Por un lado, el deterioro de las condiciones laborales y el aumento del desempleo, en particular, en los trabajadores menos calificados (Castells, 1999; Sassen, 1993; Wilson, 1991 y Soja, 1992), y por otro, como un efecto de lo anterior, se ha instalado un alto grado de vulnerabilidad en muchos trabajadores para quienes el miedo y la angustia ante el riesgo permanente de caer en el desempleo hacen parte de sus preocupaciones primarias (Castel, 1998). La Organización Internacional de Trabajo (OIT) (2000) ha insistido en que los procesos de reestructuración económica a nivel global han creado el escenario propicio para que el trabajo se convierta en una de las principales fuentes de preocupación y angustia en la población activa. Este organismo afirma que si bien, las enfermedades mentales entre trabajadores obedecen a distintos factores, existe una fuerte vinculación entre la prevalencia de estrés, cansancio y depresión con los cambios vigentes en el mercado de trabajo.

Los inmigrantes de América Latina y el Caribe en Estados Unidos, en particular los mexicanos, centroamericanos y dominicanos, hacen parte de esta realidad, pues se ha constatado que se ubican entre la población en peores condiciones laborales en dicho país. Aunque en los últimos tiempos ha aumentado nuestro conocimiento sobre este tópico (Bean y Tienda, 1987; Caicedo, 2010; England, García-Beaulieu y Ross, 2004; Gammage y Schmitt, 2004; Martínez *et al.*, 2014; Pellegrino, 2001; Villa *et al.*, 2004), como hemos indicado, hace falta indagar sobre los efectos que dichas condiciones pueden generar en las distintas dimensiones de la vida de estas personas, y en particular en la salud mental de los grupos mencionados.

Hablar de migración, trabajo y salud mental es muy complejo, pues impone el desafío de establecer hasta qué punto el desarrollo de enfermedades mentales se asocia a la migración y hasta qué punto

son un efecto directo de las condiciones de empleo o más bien obedecen a los antecedentes de salud mental de cada individuo. Aunque aislar el efecto de cada uno de estos componentes de dicha relación exige la implementación de metodologías y fuentes de datos que trascienden los análisis transversales de fenómenos sociales como éste, no podemos ignorar que la migración impone cambios —sociales, económicos, culturales, etc.— en la vida del individuo, sobre todo en quienes no cuentan siempre con los recursos necesarios para hacerles frente. Cuando la migración ubica al individuo en alto grado de vulnerabilidad socioeconómica puede convertirse en un factor de riesgo para el desarrollo enfermedades mentales (Achotegui, 2004; Alegría *et al.*, 2008; Carrasquillo *et al.*, 2000; DuBard *et al.*, 2008; Guarnaccia *et al.*, 2005; Ku *et al.*, 2003; Thapa *et al.*, 2005; Vega *et al.*, 1987; Vega *et al.*, 1991).

En este libro, en concreto, se observan algunos aspectos que inciden en la presencia de malestar psicológico en parte de la fuerza laboral latinoamericana y caribeña en Estados Unidos, así como en población nativa. Sin pretender reducir la explicación de las enfermedades mentales a un limitado número de variables, sino tratando de encontrar aspectos que nos ayuden a comprender la complejidad de la relación trabajo-salud mental en población de origen latinoamericano y caribeño, en este libro partimos de la hipótesis de que el malestar psicológico en estas poblaciones obedece a factores demográficos, socioeconómicos, así como a las condiciones laborales que experimentan los individuos y a algunos factores actitudinales, como la satisfacción con el empleo, las experiencias de desempleo, pero existen diferencias en la influencia de estos factores entre los distintos grupos étnicos. Para revisar esta hipótesis, a partir de fuentes estadísticas oficiales de Estados Unidos y de la encuesta “Desempleo y Salud Mental”, levantada en las ciudades Chicago, Nueva York, Ciudad de México y Santiago de Cali en el año 2015, en el marco de la investigación que dio origen al presente libro, se llevó a cabo una estrategia metodológica fundamentada en el análisis cuantitativo, se realizan análisis descriptivos y se ajustan modelos econométricos. Para observar el riesgo de desarrollar un tras-

torno mental severo, se usa la escala de Kessler-6 (K-6) y Kessler-10 (K-10), el valor que se construye da cuenta de “Malestar Psicológico No Específico-MPNE” (MPNE), *Non-Specific Psychological Distress* (NSPD) (Kessler y Mroczek, 1994).

Aunque a lo largo del libro se observará la información de distintos grupos de inmigrantes de origen latinoamericano y caribeño en Estados Unidos, el énfasis está puesto en los mexicanos, dominicanos y colombianos. El caso mexicano no requiere mayor justificación, se incluyó en el análisis debido a su importancia numérica, su larga tradición migratoria y por ser uno de los grupos de inmigrantes de la región con mayor nivel de pobreza y desventaja laboral. Por su parte, los dominicanos en conjunto presentan características socioeconómicas similares a las de los mexicanos, cuentan también con una historia de migración de larga data que los ubica en el tercer lugar en términos numéricos entre los inmigrantes de América Latina y el Caribe en Estados Unidos. Finalmente, se incluye a los colombianos, porque a pesar de tratarse de una inmigración más reciente, es el grupo de origen sudamericano que más ha crecido en las últimas cinco décadas en los Estados Unidos. Paradójicamente cuentan con mejor inserción laboral y una situación socioeconómica más favorable que los mexicanos y los dominicanos. Esta inclusión supone un contraste que nos permitirá discutir en el quinto capítulo en torno al peso de aspectos socioeconómicos y su correlación con la salud mental de los desempleados y subempleados. Un elemento adicional que justifica la inclusión de este grupo es la carencia de estudios desde las ciencias sociales sobre su salud mental.

FUENTES DE DATOS

La información estadística procede principalmente de tres encuestas: la Encuesta de la Comunidad Americana (American Community Survey, ACS) del año 2014, la Encuesta de Salud de Estados Unidos (National Health Interview Survey, NHIS) del mismo año y de la encuesta “Desempleo y Salud Mental” de 2015. La ACS se le-

vanta anualmente con el propósito de proveer información demográfica y socioeconómica de las personas, los hogares y las viviendas en el territorio estadounidense y sus colonias. Se aplica cada año a tres millones de viviendas seleccionadas en tales territorios. En 2006, la muestra de la ACS se amplió para incluir la población que vive en instituciones distintas a los hogares privados, tales como casas para ancianos, centros penitenciarios, cuarteles militares y residencias universitarias. La encuesta proporciona estimaciones anuales para áreas geográficas con 65 000 o más habitantes. Esto incluye: los niveles nacional y estatal, el Distrito de Columbia, 800 condados, al igual que 500 áreas estadísticas metropolitanas, entre otros, es representativa a nivel nacional, regional, estatal y de otras subdivisiones geográficas del país (Ariza y Caicedo, 2012).

La NHIS se levanta cada año y contiene información sobre la salud de la población civil no institucionalizada de Estados Unidos. En 2014 se encuestaron 44 552 hogares con 112 053 personas. En cada hogar se selecciona a un adulto (de 18 años y más) a quien se aplica un cuestionario para recabar información general sobre el estado de salud, uso de servicios y prácticas asociadas a salud. La encuesta es representativa de la población nacional. Es importante mencionar que la población afroestadounidense e hispana se encuentra sobrerrepresentada en la muestra. Situación que se compensa con los ponderadores que proporciona la base de datos. La fuente permite analizar de forma separada a los inmigrantes mexicanos, los mexicoamericanos, cubanos, puertorriqueños y dominicanos, el resto de la población latinoamericana y caribeña se puede observar de manera agregada. Además, a través de la misma, como en el caso de la ACS, no es posible establecer si se trata de población documentada o indocumentada (NHIS, 2014).

La tercera fuente empleada es la encuesta de Desempleo y Salud Mental (DSM) levantada en el marco del proyecto de investigación: “Desempleo y salud mental en inmigrantes mexicanos y otros latinoamericanos en Estados Unidos”. El levantamiento se realizó durante los meses de abril, septiembre y noviembre de 2015 en las

instalaciones de los consulados mexicano, dominicano y colombiano en Chicago y Nueva York, así como en las oficinas de empleo de las 16 delegaciones de la Ciudad de México y en el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) de la ciudad de Cali. En total se encuestaron 1 291 personas —inmigrantes y no inmigrantes— desempleados y subempleados entre 18 y 65 años de edad. Se seleccionó a personas mayores de 17 años porque la investigación está dirigida a población en la fuerza laboral. Aunque en Estados Unidos se forma parte de ésta a partir de los 16 años, y en países como México y Colombia desde los 14 y 12 años, respectivamente. Además, los problemas de salud mental, generalmente, son diferentes entre los distintos grupos etarios (NHIS, 2009).

ESTRUCTURA DEL LIBRO

Además de esta introducción, el libro cuenta con cinco capítulos, conclusiones y consideraciones finales. En el capítulo I se definen y discuten los conceptos de salud mental y enfermedad mental, para lo cual se retoman los principios básicos de los enfoques biomédico, psicológico y sociológico. Se incluye además una breve síntesis de algunas de las explicaciones teóricas que han abundado en la comprensión de la relación migración-salud mental. Al final del capítulo se discute sobre las potencialidades de las teorías para explicar la salud mental de los migrantes desde las ciencias sociales.

En el capítulo II, con el propósito de contextualizar y proporcionar elementos que nos ayuden a entender la presencia de Malestar Psicológico No Específico —entre nativos y población de origen latinoamericano y caribeño, con datos de la NHIS, de 2014— se observa a los nativos blancos no hispanos, afroestadounidenses, puertorriqueños, inmigrantes mexicanos, cubanos, dominicanos, mexicoamericanos y otros inmigrantes de origen latinoamericano y caribeño. Se presentan los resultados de la escala de Kessler-6 (K-6) y se ajusta una regresión binomial negativa que permite identificar algunos factores socioeconómicos asociados a los resultados de la escala K-6 en población estadounidense entre 18 y 65 años de edad.

En el capítulo III se hace un breve recuento de lo que ha sido la emigración mexicana, dominicana y colombiana hacia Estados Unidos y se discuten algunos de los factores que la han motivado. A partir de los datos de la Encuesta de la Comunidad Americana (ACS) del año 2014, se describen los perfiles de estos inmigrantes y se hace hincapié en las características de inserción laboral, también se enfatiza en las similitudes y diferencias entre los grupos. Se deja claro que a diferencia de la inmigración mexicana hacia los Estados Unidos, en el caso dominicano el factor político jugó un papel importante en el establecimiento del flujo, aunque en su desarrollo también ha primado el interés laboral.

En el caso de la inmigración colombiana, aunque la bibliografía existente es menor a la que se ha generado en los otros dos casos, se logra identificar etapas y causas de la misma, que guardan cierta similitud con la migración dominicana, es decir, en los inicios, los colombianos se han desplazado a Estados Unidos por factores principalmente políticos, y en tiempos recientes han predominado las causas laborales. Ello ha contribuido a la conformación de un *stock* diverso de inmigrantes, aunque predominan las personas con perfiles educativos relativamente altos. Como ya se indicó, el conocimiento generado en torno a la salud mental de estos inmigrantes es escaso, a excepción del caso mexicano, que existe una producción académica más abundante. Pese a ello, se logró identificar información relevante, que hace hincapié en los efectos de la aculturación en la salud mental de estos inmigrantes. Además, en el caso colombiano, en particular, se destaca el consumo de alcohol como uno de los problemas más frecuentes en este grupo.

Con el propósito de ahondar en la relación entre las condiciones laborales y Malestar Psicológico No Específico (MPNE) de los trabajadores nativos e inmigrantes mexicanos en Estados Unidos, en el capítulo IV, a partir de la NHIS de 2014, se usa la escala de K-6 y a partir de la perspectiva de *trabajo decente*, se construye un índice sintético de condiciones de empleo que constata la peor situación de los inmigrantes mexicanos en el mercado de trabajo estadounidense, se realizan análisis descriptivos y se ajustan modelos econométricos para medir

la relación entre condiciones de empleo y el riesgo de desarrollar una enfermedad mental grave. Este capítulo además brinda elementos para discutir las diferencias entre nativos e inmigrantes mexicanos. Entre otros aspectos, se constata que un empleo de tiempo completo, así como la antigüedad laboral fungen como protectores de la salud mental tanto en nativos como en los inmigrantes, pero es de resaltar que entre estos últimos tiene mayor peso tener un empleo de tiempo completo que cualquier otro factor.

En el capítulo V se observan las condiciones de empleo y el malestar psicológico de los inmigrantes mexicanos, dominicanos y colombianos desempleados y subempleados en las ciudades de Chicago y Nueva York, así como de población mexicana en la Ciudad de México y colombianos en Cali, en ambos lugares, desempleados y subempleados. En este análisis se emplean datos estadísticos de la Encuesta Desempleo y Salud Mental de 2015. En el capítulo, se advierte que existe una fuerte correlación entre el Malestar Psicológico No Específico (MPNE) medido a través de Kessler-10 (K-10) y la condición de empleo. También se comprueba que las posibilidades de desarrollar MPNE son mayores en desempleados. Otro hallazgo importante es la forma en que las tensiones financieras, así como los ingresos laborales insuficientes, afectan la salud mental de los inmigrantes, indistintamente del lugar de origen. Se comprueba además, que los niveles de MPNE en los inmigrantes en Chicago y Nueva York son inferiores a los observados en desempleados y subempleados en sus respectivos países de origen. Al parecer, algunas percepciones en torno a los síntomas de la depresión o ansiedad están relacionadas con las puntuaciones obtenidas en la escala, como veremos en este capítulo.

Al final se expresan las principales limitaciones de este libro y se presentan breves reflexiones en torno a la necesidad de observar a fondo las bajas prevalencias de depresión y ansiedad en los inmigrantes latinoamericanos y caribeños desde el punto de vista metodológico, social y cultural. Para finalizar, se presentan algunas alternativas que podrían contemplarse en este cometido y se dejan planteadas algunas recomendaciones de política pública.

Capítulo I

Salud mental y enfermedad mental. Algunas explicaciones teóricas

Este capítulo tiene por objetivo presentar algunas perspectivas teóricas en torno al tema de la salud mental y la enfermedad mental en Estados Unidos. Para tal fin, en el primer apartado se definen estos conceptos y se discute su capacidad para describir lo que ocurre con la mente. Aunque en la actualidad no cabe duda de la confluencia de distintos factores en el desarrollo de las enfermedades mentales, en el segundo apartado, se describen los tres principales enfoques que han tratado de explicar las enfermedades mentales: el biológico, el psicológico y el sociológico, pues como señala Alberdi (1991), aunque la separación tajante de estos aspectos limita el conocimiento sobre las enfermedades, a la vez, su estudio por separado y su ulterior correlación han favorecido el desarrollo de tecnologías terapéuticas en determinadas enfermedades. En el tercer apartado se revisan algunas de las aproximaciones teóricas que han tratado de explicar la relación migración-salud mental y en el cuarto se ofrecen algunas conclusiones en torno al tema.

El enfoque biológico pone el énfasis factores fisiológicos y genéticos que originan los trastornos mentales (Schwartz y Corcoran, 2010). El segundo considera las enfermedades mentales como defectos o anormalidades en nivel de la *psiquis* y el tercero encuentra el origen de las enfermedades mentales en aspectos sociales. La gran diferencia entre estos enfoques radica en el objeto de estudio, es decir, los dos primeros buscan las causas de las enfermedades al interior del individuo, en el cerebro o en los procesos psíquicos que ocurren de forma consciente o inconsciente; mientras el último observa el

papel de la sociedad, bien sea a través del construccionismo social en la organización de la misma en el desarrollo de enfermedades mentales en los individuos (Thoits, 2010).

Existe una corriente de la sociología que defiende la idea de que las enfermedades mentales se construyen socialmente y discute en torno a la manera cómo deben ser definidas. Las definiciones sobre la conducta humana no esperada varían de acuerdo con las distintas disciplinas, por tanto, es común escuchar hablar de trastornos, enfermedad, afección o malestar (Boorse, 1975; Kleiman y Good, 1985; Martínez, 1998; Morgan, 1975; Ordorika, 2005; Szasz, 1970; Turner, 1989). En este libro recurriremos al concepto de enfermedad, sin desconocer el amplio debate teórico suscitado con base en la definición de lo que se puede considerar como “conductas socialmente no esperadas”; por ejemplo, en la filosofía de la medicina se ha discutido intensamente en torno a los conceptos de afección y enfermedad (Turner, 1989). De acuerdo con Turner (p. 221) “el término afección posee un sentido lógico específico que hace referencia a las configuraciones de las anormalidades patológicas”, mientras la enfermedad se refiere a las manifestaciones clínicas que pueden ser apreciadas como síntomas —sensaciones subjetivas— o como signos —hallazgos objetivos— descubiertos por un observador experto. En palabras de Boorse, “la afección obedece a alguna desviación respecto de una norma biológica, la enfermedad es una experiencia personal de no-salud y el malestar es un rol social que expresa la dimensión pública de la no-salud” (citado por Turner, 1989: 250).

SALUD MENTAL

Aunque el concepto de “higiene mental” aparece por primera vez en 1843 en Inglaterra, es hasta 1950, dos años después de la creación de la World Health Organization u Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Mental Health Association, cuando se define la “higiene mental” como “todas las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental” (Bertolote, 2008: 114). Según el

autor, desde este concepto, con raíces en una plataforma política que abogaba por mejorar las condiciones hospitalarias de los enfermos mentales, se transita al concepto de salud mental, que surge en un contexto en el que se busca bajar la importancia a la hospitalización psiquiátrica (Bertolote, 2008).

En sus inicios, el concepto de salud mental hacía alusión al bienestar psicológico o al óptimo estado del ser humano (Lluch, 1999). De acuerdo con Bertolote (2008: 113), en 1950 la salud mental fue definida como: una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico. En la actualidad, la OMS define la “salud mental” como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades y puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir en su comunidad. Las definiciones de la OMS, como sucede por lo general con todos los conceptos usados con propósitos científicos, han recibido fuertes críticas, aunque también se ha reconocido que se trata de un concepto sencillo y sobre todo útil para la aplicación de políticas públicas.

Por ejemplo, Moragas (1976) señala que se trata de una definición ideal, pues es imposible que toda la población logre el estado de bienestar descrito. Sin embargo, sirve de guía para el desarrollo de políticas públicas, que por lo general se orientan a la atención de estados parciales de salud física, psíquica o social. Para el autor, la salud en general es relativa al marco cultural en el que se analiza, puesto que no constituye sólo un estado objetivo de bienestar, sino que a la vez forma parte de una experiencia subjetiva valorada de acuerdo con los criterios sociales prevalecientes en cada sociedad. Incluso, “la salud como estado de aptitud para el desarrollo de roles sociales”, puede ser definida tan ampliamente como son los roles en una sociedad.

Por su parte, Bertolote (2008: 2) señala que se trata de una definición holística que busca superar “las dicotomías entre cuerpo y

mente, y entre lo físico y lo psíquico”. Además, es una definición práctica en la medida en que imprime una dimensión social a la medicina desarrollada en Europa durante el siglo XIX. Para el autor, el estudio de la salud mental va más allá de una disciplina, es un movimiento político e ideológico que involucra a diversos sectores de la sociedad que pretenden promover los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y la calidad en el tratamiento de los mismos. Ambos conceptos “higiene mental” y posteriormente “salud mental” tuvieron como propósito el mayor bienestar de los enfermos mentales; en el primero, primó la demanda de una mejor atención a las personas recluidas en hospitales psiquiátricos; y el segundo, puso de manifiesto que la salud mental es un asunto de la comunidad más que de los hospitales.

Álvaro (2009) argumenta que la definición que ofrece la OMS simplifica el concepto de salud mental, pues éste en sí mismo contiene una carga valorativa, dado que las evaluaciones de los síntomas y procesos afectivos, cognitivos y comportamentales empleados para determinar si un individuo es sano o enfermo, cambian en función de las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada contexto sociocultural y en cada periodo histórico. Es decir, “el que una persona sea considerada como enferma, no sólo depende de alteraciones en su personalidad sino de las actitudes de la sociedad en relación con ese tipo de alteraciones”.

Además, de acuerdo con el autor, los procesos psicológicos descritos y analizados por los modelos psicológicos y médicos tradicionales, cambian a través del tiempo. Por ejemplo, durante el siglo XIX, las enfermedades mentales fueron definidas como “una disfunción cerebral que debía ser objeto de tratamiento moral”. En el siglo XX, con el desarrollo del psicoanálisis y de la clasificación nosológica de las enfermedades mentales, cambiaron los enfoques para el estudio de los trastornos mentales. En concreto, en su definición tienen que ver el mayor alcance de la neurología, la fisiología y la bioquímica, de la psicofarmacología y el inicio de concepciones psicosociológicas de la salud y la enfermedad mental (Álvaro, 2009).

Asimismo, los criterios diagnósticos con los que se define la salud o la enfermedad mental suelen ser diferentes. Un trastorno mental puede ser reconocido a través de una serie de síntomas y su severidad, sin clasificar a las personas como “mentalmente sanas o mentalmente enfermas”. Además, el autor concluye que si bien, los conceptos de salud mental y enfermedad mental son la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental, a la vez son realidades simbólicas construidas cultural e históricamente, y varían de acuerdo con los paradigmas teóricos y criterios diagnósticos utilizados.

De acuerdo con Vega y Rumbaut (1991), la salud mental ha sido estudiada principalmente desde perspectivas no normativas y, durante muchos años, los estudios se basaron en la metodología clínica y se arraigaron a un modelo de enfermedad que dejó de lado las explicaciones sociológicas de dichos padecimientos. También ha habido un predominio de investigaciones centradas en los enfoques biológicos para explicar las enfermedades mentales.

En la actualidad el tema de la salud mental trasciende las fronteras de la psiquiatría, psicología, trabajo social, antropología, genética y la sociología. Por ejemplo, desde la psicología social se ha planteado que, aun cuando los individuos viven en sociedades y los factores socioculturales afectan su vida, su salud mental debe ser estudiada a partir de la individualidad (Jahoda, 1958). Para esta autora, la salud mental no debe ser definida a partir de enfoques de la prevención de la enfermedad o del tratamiento, sino privilegiar el desarrollo personal positivo. Esto remite, según Jahoda (1958), a incorporar al concepto de salud mental seis aspectos fundamentales: actitudes hacia sí mismo, crecimiento, desarrollo y autoactualización, integración, autonomía, percepción de la realidad y dominio del entorno.

En suma, la salud mental está mediada por un sin número de factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden incidir en que algunas personas sean más o menos propensas a experimentar malestar psicológico. Como señala Thoits (2010), no existe un solo enfoque capaz de explicar completamente los orígenes de las enfermedades mentales. Por ejemplo, en el caso de la depresión, aunque las

explicaciones biológicas plantean que “es una enfermedad sistémica, heterogénea que involucra un conjunto de neurotransmisores, neurohormonas y vías neuronales” (Guadarrama, Escobar y Zhang, 2006), se reconoce que no existe suficiente evidencia empírica que permita establecer que la depresión no “es el resultado de un simple proceso hereditario o de un evento vital traumático que en última instancia lleve a la deficiencia de un neurotransmisor único” (Sadek y Nemeroff, 2000: 477). Las investigaciones empíricas en ciencias sociales han constatado sistemáticamente que las características demográficas de los individuos, la clase social, las experiencias de tensión, los conflictos psicológicos del pasado no resueltos, entre otros, pueden ser factores de riesgo para la salud mental (Garrido, 2009).

ENFERMEDAD MENTAL

Dado que los enfoques y teorías que se presentan a continuación parecieran centrarse en explicar por qué suceden las enfermedades mentales, es preciso hacer algunas puntualizaciones en torno al concepto de enfermedad mental. De acuerdo con Raheb (2007-2008), en el campo de la psiquiatría predomina el concepto de trastorno mental, aunque el concepto de enfermedad mental guarda mayor relevancia y complejidad desde el punto de vista teórico y legal. Wakefield (1992) señala que el concepto de trastorno mental es un término científico que alude a la falla de un mecanismo mental para realizar una función natural para la cual fue diseñado. En el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV*, el trastorno mental es definido como:

Un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la

manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción (DSM-IV, 1995: XXI).

Solé (2002) comenta en torno a la clasificación de las enfermedades mentales que seguir al pie de la letra los presupuestos del diagnóstico médico conlleva a una clasificación de aspectos etiológicos, descriptivos o evolutivos. Además, afirma que el diagnóstico está indisolublemente permeado por la formación teórica de quien lo elabora. En el *Manual Diagnóstico* se reconoce que los trastornos mentales han sido definidos a través de una gran variedad de conceptos como malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística y que cada una de estas definiciones es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta. Además, agrega que, pese a ello, la definición de *trastorno mental* ha permitido tomar decisiones sobre alteraciones ubicadas entre la normalidad y la patología (DSM-IV).

Por lo general, desde la biomedicina, la acepción de enfermedad mental parte la “ausencia de salud”, “presencia de sufrimiento” o se define también como un proceso patológico (Raheb, 2007-2008). En los años sesenta y setenta desde la filosofía de la medicina se debatió sobre el papel de los valores y los juicios en torno a los conceptos de salud y enfermedad en general. De acuerdo con Giroux (2010: 26-27), se pueden identificar dos corrientes de pensamiento, una integrada por “normativistas”, quienes consideraban estos conceptos como esencialmente normativos porque dependen de los valores e intereses humanos y la enfermedad es un estado indeseable; la otra corriente estaba conformada por los “naturalistas”, quienes consideraban que incluso si estos conceptos están asociados frecuentemente a valores clínicos, hay un nivel fundamental de descripción en el cual la decisión sobre el estatuto patológico de un órgano como el corazón, puede depender de un juicio científico y empírico, independientemente de los valores (Giroux, 2010: 26-27).

Por su parte, Szasz (1970), critica enérgicamente los fundamentos científicos y morales de la psiquiatría, argumentando que esta disciplina considera a las enfermedades mentales similares a otras enfermedades fisiológicas u orgánicas. La única diferencia entre las dos sería que las primeras, dado que afectan al cerebro, se manifiestan a través de síntomas mentales, mientras las segundas involucran a los sistemas orgánicos y se expresan a través de síntomas que pueden ser referidos a partes concretas del cuerpo. De acuerdo con el autor, la idea de síntoma psíquico está ligada al contexto social y ético en el que se define o formula; de la misma forma, la noción de síntoma orgánico se liga a lo anatómico y lo genético. En ese sentido, para aquellos que consideran el síntoma psíquico como un indicador de enfermedad cerebral, el concepto de enfermedad mental es desacertado y sale sobrando. Szasz (1970) no niega la existencia de conductas socialmente desviadas, pero no coincide en la forma de categorizarlas. Morgan (1975) enfatiza que el concepto de enfermedad, en general, hace referencia a cualquier condición que se perciba como una desviación indeseable de las normas aceptadas de salud y comportamiento prevalecientes en determinada sociedad en un momento específico.

En síntesis, para este autor, las conductas desviadas no están estrictamente vinculadas a patologías orgánicas evidentes, por tanto, no deben ser consideradas enfermedades. Más allá de las diversas opiniones acerca de cómo deberían llamarse, si trastornos o enfermedades, lo cierto es que cada disciplina adopta una definición propia para explicar la conducta socialmente no esperada de los seres humanos. La sociología, desde Comte, quien además de ser el fundador de la disciplina, fue el primero en preocuparse por la incidencia de lo social en la mente del individuo, ha empleado el concepto de enfermedad mental y se ha preocupado por encontrar en el ambiente o entorno social los elementos que la producen.

En este libro, no se pretende soslayar la importancia de las definiciones conceptuales o las implicaciones que determinado concepto pueda tener en la interpretación de la realidad, y dado que nuestro propósito central es analizar empíricamente las diferencias

entre los niveles de malestar psicológico en grupos de inmigrantes de América Latina y el Caribe en Estados Unidos, nos apoyaremos en el concepto de Malestar Psicológico No Específico, desarrollado por Kessler (Kessler y Mroczek, 1994; Kessler *et al.*, 2002; Kessler *et al.*, 2003) que da cuenta del riesgo de desarrollar una enfermedad mental seria. Esta aproximación nos permite abordar empíricamente, y a través del análisis cuantitativo, parte de lo que ocurre con la salud mental de algunos inmigrantes latinoamericanos en Estados Unidos. Es importante insistir en que más allá de las limitaciones que pueda tener uno u otro enfoque teórico —de los que presentaremos a continuación—, por la estrategia metodológica asumida en esta investigación, nos apegaremos a las definiciones de aquella corriente de la sociología que reconoce a estas “afecciones” en el ser humano como enfermedades mentales. Pero lo que tratamos empíricamente no son enfermedades, usamos el concepto de Malestar Psicológico No Específico que definiremos más adelante para observar el riesgo de que un individuo pueda llegar a desarrollar una enfermedad mental grave.

PRINCIPALES ENFOQUES TEÓRICOS QUE EXPLICAN LAS ENFERMEDADES MENTALES

Enfoque biológico

Los avances en materia genética, neurociencia y el desarrollo de la farmacología, han demostrado la preponderancia de las ciencias naturales en el entendimiento y tratamiento de las enfermedades físicas y mentales (Busfield, 2000). De acuerdo con el autor, existen varias razones que explican el predominio de la genética y la bioquímica en el estudio de las enfermedades mentales. Por un lado, el avance de la investigación científica desde distintas disciplinas de las ciencias naturales y el estudio del genoma humano catapultaron la investigación genética y biomédica de las enfermedades mentales. Por otro, la salud mental ha sido un campo de dominio de la biomedicina.

El estudio de las enfermedades mentales está centrado en la comunicación neuronal o neuroquímica.¹ Éste se basa en el análisis del cerebro, su estructura y sus funciones. La esquizofrenia es el típico ejemplo que usa la psiquiatría para explicar lo que sucede cuando hay lesiones en una región particular del cerebro. Se considera que la esquizofrenia es el resultado de una alteración en la transmisión de dopaminas —neurotransmisor que se distribuye en el sistema nervioso central— (Schuwartz y Corcoran, 2010). Las técnicas más recientemente usadas para identificar la actividad cerebral son Positron Emission Tomography (PET) que ha mostrado cómo distintas regiones del cerebro entran en acción mediante la ejecución de diferentes tipos de tareas (De la Fuente, 1997) y la resonancia magnética, en inglés Functional Magnetic Resonance (fMRI). A través de esta prueba es posible conocer la actividad cerebral en personas con o sin un trastorno mental específico mientras realiza una variedad de ejercicios cognitivos. Los resultados han permitido ubicar diferencias sustantivas, por ejemplo; personas diagnosticadas con esquizofrenia presentan cambios en el número de receptores de dopamina en el estriado y se observa un incremento de esa sustancia en la zona, en respuesta al desafío de anfetamina. También se ha constatado menor actividad del lóbulo frontal del cerebro en personas con esquizofrenia, en especial cuando realizan actividades cognitivas (Schuwartz y Corcoran, 2010: 71).²

Para los autores, es posible concluir que la esquizofrenia y otras enfermedades neuropsiquiátricas pueden estar relacionados con leves anomalías cerebrales, para las cuales no existe una lesión anatómica única. De hecho, los primeros modelos que explicaron la disfunción

¹ La perspectiva biológica considera los trastornos mentales como enfermedades ubicadas en el cerebro; aunque Szasz (1970) argumenta que los trastornos psiquiátricos no merecen la apelación de “enfermedades” a menos que exista una lesión a nivel cerebral.

² Armony, Trejo y Hernández (2012: 37) definen la Resonancia Magnética Funcional como una técnica de neuroimagen con capacidad de detectar los cambios fisiológicos que ocurren a nivel del cerebro y que están relacionados con los procesos mentales. Los autores señalan que, tras décadas de estudio sobre las propiedades magnéticas de la materia, se logró el desarrollo de la Resonancia Magnética Nuclear, posteriormente fue aplicada a las ciencias biomédicas y neurociencias.

cerebral en términos de lesiones únicas han sido abandonados en favor de modelos más dinámicos. Uno de los hallazgos de los estudios de imágenes cerebrales es que una enfermedad como la esquizofrenia puede comprometer gravemente las funciones cerebrales sin evidencia de anomalías anatómicas macroscópicas. Los autores insisten en que la esquizofrenia puede ser mejor conceptualizada como un problema de conectividad neural más que como el resultado de una lesión específica o una interrupción en el desarrollo de procesos en lugar de un déficit estructural (Schuwartz y Corcoran, 2010: 71).

Las neuronas constituyen el centro de análisis de las teorías de los trastornos psiquiátricos. Comprender las teorías desarrolladas en este campo implica conocer mínimamente la lógica del sistema de comunicación neuronal (Schuwartz y Corcoran, 2010). Las neuronas son la unidad básica del sistema nervioso, la función central de estas células es captar y llevar la información a los distintos lugares del organismo. Los neurotransmisores son sustancias bioquímicas encargadas de transportar, a través de un espacio sináptico, la información de una neurona presináptica a otra postsináptica. Éstas pueden estimular o inhibir de forma veloz o lenta otras sustancias del interior de la célula o del sistema nervioso para generar efectos biológicos (Brailowsky, 1995). El sistema nervioso alberga diversos neurotransmisores. Entre los que tienen mayor relación con las enfermedades mentales se pueden identificar: acetilcolina, que se distribuye en el sistema nervioso central, relacionado con los circuitos de la memoria y el sistema nervioso periférico. Este neurotransmisor está vinculado con la enfermedad neuromuscular autoinmune que se relaciona con la presencia de debilidad en músculos esqueléticos del cuerpo (Tapias-Vargas, Tapias-Vargas y Tapias, 2009); en la familia de las catecolaminas se considera a la dopamina, noradrenalina y adrenalina. La dopamina es otro neurotransmisor del sistema nervioso central, que es además una neurohormona que libera el hipotálamo, cuya función es impedir la liberación de prolactina del lóbulo anterior de la hipófisis. Como se mencionó, los científicos han demostrado que un aumento de dopamina en el sistema nervioso está relacionado

con la esquizofrenia. También se ha señalado que deficiencias en esta sustancia están asociadas con la enfermedad de Parkinson (Alcaraz, 2001; Schuwartz y Corcoran, 2010).

La noradrenalina es una sustancia generada por el núcleo del encéfalo del tallo cerebral, viaja desde las neuronas de este núcleo básicamente a “las estructuras límbicas, que incluyen la amígdala, la formación hipocámpica y la corteza prefrontal” (Guadarrama *et al.*, 2006: 68). De acuerdo con los autores, la actividad de las neuronas contenidas en el núcleo del encéfalo del tallo cerebral aumenta de manera importante durante la vigilia, del mismo modo, en situaciones de estrés en donde su actividad neuronal llega a los más altos niveles de intensidad. Esta dinámica contribuye a generar un estado de depresión reactiva. Las reservas de noradrenalina en el núcleo mencionado tienden a disminuirse favoreciendo la permanencia del estado de depresión reactiva. Según los autores, la escasez o el desequilibrio de la noradrenalina —junto con la serotonina— puede conducir al desarrollo de una psicosis depresiva unipolar o bipolar, por tanto, muchas veces se recurre a la medicación antidepresiva que busca mejorar la actividad sináptica de la noradrenalina (Guadarrama *et al.*, 2006).

La adrenalina es una hormona y a la vez un neurotransmisor, generado por la acción de las glándulas suprarrenales y liberado en situaciones de estrés produciendo un aumento en el ritmo cardiaco y en la frecuencia respiratoria (Leira, 2011). A diferencia de la acetilcolina, las catecolaminas (dopamina, noradrenalina y adrenalina) muestran una distribución bastante desigual en el sistema nervioso, es decir, hay áreas donde son muy abundantes y en otras son muy escasas (Brailowsky, 1995).

La serotonina es el neurotransmisor con mayor influencia en los estudios de neuropsiquiatría y se ha relacionado con distintas enfermedades mentales (Brailowsky, 1995). Guadarrama *et al.* (2006) señalan que este neurotransmisor influye en la conducta, el movimiento, la apreciación del dolor, la actividad sexual, el apetito, las secreciones endocrinas, las funciones cardíacas y el ciclo de sueño-vigilia del organismo. En concreto, los autores argumentan que des-

equilibrios en los niveles de serotonina, noradrenalina y dopamina, podrían estar relacionados con la depresión.

La genética también ha explicado el desarrollo de enfermedades mentales. De acuerdo con Fañanás (2009), los estudios familiares y de gemelos han dado cuenta de la influencia de factores genéticos en el origen de enfermedades como la depresión. Silva (2002) argumenta que gracias al conocimiento generado a través del genoma humano ha sido posible identificar la ubicación cromosómica de genes que intervienen en el desarrollo de enfermedades complejas como la depresión mayor, en la que, según el autor, parecen estar involucrados un gran número de genes, donde ninguno tiene por sí mismo mayor impacto en el riesgo de enfermar. Los genes pueden interactuar con otros o con factores ambientales para generar la enfermedad. El autor concluye, que si bien, hay evidencia del efecto de los genes en el desarrollo de enfermedades mentales, existen todavía una serie de problemas estadísticos y conceptuales que muchas veces conllevan a resultados poco confiables.

El enfoque psicológico

La psicología, en general, se ha enfocado en observar los factores que afectan la conducta del individuo y su método de resolución es la terapia guiada por un especialista. La psicología fundamentalmente se apoya en el marco de la “anormalidad” para entender las conductas individuales que están por fuera del comportamiento socialmente esperado (Ullmann y Krasner, 1975). En ese sentido, los psicólogos han establecido una serie de criterios para diferenciar lo que es un comportamiento “normal” del “anormal”. La persona “anormal” tiene una conducta bastante alejada del comportamiento promedio de personas de su comunidad o entorno social, es quien transgrede las normas sociales y constituye una amenaza para los demás. También evidencia sufrimiento y es incapaz de alcanzar metas personales, familiares u otras, debido a su estado mental (Mebarak *et al.*, 2009). En general, para la psicología, un comportamiento etiquetado como “anormal” es el resultado de un conjunto de

circunstancias del pasado y del presente del individuo. Para algunos autores (Ullmann y Krasner, 1975), el concepto de “anormal”, muchas veces sustituido por desviado, desajustado, inefectivo o desorganizado, plantea una distinción entre dos tipos de personas: las enfermas y las sanas, cuando el comportamiento de los seres humanos no es dicotómico.

En el marco de la anormalidad y tratando de seguir la estructura de análisis desarrollado por Peterson (2010), se pueden identificar cuatro modelos sistemáticamente usados para explicar la conducta de los individuos: psicoanalítico, cognitivo-conductual, humanístico-existencial y el sistema familiar. El modelo psicoanalítico considera a la gente como sistemas de energías y asume que los problemas resultan de la inversión de esa energía en síntomas. El psicoanálisis es una doctrina impulsada por Sigmund Freud con el propósito de analizar y tratar las enfermedades mentales a través de los conflictos internos inconscientes del individuo. Para Ullmann y Krasner (1975), la imagen de Freud se presenta con tres características a saber: como una figura histórica con fuerte impacto en su sociedad, como el organizador de la teoría de la personalidad y como el desarrollador del tratamiento de la neurosis. De acuerdo con los autores, su trabajo ha tenido gran influencia en casi todos los aspectos del tratamiento psicológico y su mayor contribución al estudio de la conducta humana es el cambio de una psiquiatría descriptiva a un marco dinámico o analítico que busca explicaciones tanto psicológicas como fisiológicas.

El segundo es el modelo cognitivo-conductual que considera a las personas como sistemas de procesamiento de información y cuyos problemas son el resultado de un inapropiado aprendizaje o pensamiento (Peterson, 2010). Su tratamiento consiste en que el individuo cambie pensamientos, emociones, conductas y respuestas disfuncionales, por otras que le ayuden a superar los trastornos (Beck, 2006). De acuerdo con el autor, en el individuo ocurren una serie de procesos que contribuyen al desarrollo del pensamiento disfuncional y es necesario que los trabaje con el apoyo de la terapia. Algunos de los diagnósticos bajo esta perspectiva son: las *inferencias*

arbitrarias, cuando se realiza una conclusión específica sin contar con las pruebas que la demuestren o incluso cuando las pruebas conllevan a otra conclusión; *abstracción selectiva*, cuando el individuo se centra en un hecho que saca de su contexto, ignora detalles más relevantes de la situación y reconstruye toda la experiencia basado sólo en una parte de la misma. *Generalización*, se llega a una conclusión sobre la base de uno o varios incidentes y se tiende a aplicar el concepto en general a todas las situaciones similares o no. *Ampliación y minimización*, constituyen la distorsión de un evento, bien sea haciéndolo más grande o restando su importancia. *Personalización*, es una tendencia de los pacientes a relacionar acontecimientos con su situación personal sin fundamentos. Y *pensamiento absolutista o dicotómico*, es la tendencia a ubicar categorías en polos opuestos.

El tercero de los modelos es el humanístico-existencial-fenomenológico centrado en la idea de que la gente escoge y define su propia existencia. La psicología humanista es considerada como un movimiento programático que surgió en Estados Unidos en los años sesenta y buscó promover el desarrollo de una psicología que integrara los problemas del ser humano (Villegas, 1986). Esta psicología surge como una reacción a los modelos psicológicos psicoanalista y conductual que, según los autores, ofrecían una visión reduccionista y limitada de la experiencia del ser humano. De acuerdo con Villegas (1986), en 1961 se funda American Association of Humanistic Psychology para dar a conocer cuatro principios básicos que guían esta corriente de pensamiento (Villegas, 1986: 22):

1. Centrar la atención en la persona que experimenta y, por lo tanto, en la vivencia como fenómeno primario del estudio del hombre. Tanto las explicaciones teóricas, como la conducta manifiesta se consideran subordinadas a la experiencia misma y a su significado para el individuo.
2. Acentuar las cualidades específicamente humanas, tales como la elección, la creatividad, la valoración y la autorrealización, como opuestas a la concepción de los seres humanos en términos mecanicistas y reduccionistas.

3. Mantenerse fiel al criterio de significación en la selección de problemas y procedimientos de investigación en oposición al énfasis primario en la objetividad.
4. Comprometerse con los valores y la dignidad humanas e interesarse por el desarrollo del potencial inherente a cada persona. El punto central de esta visión es la persona tal como se descubre a sí misma y se relaciona con otras personas o grupos sociales.

Según el autor, una de las debilidades de la psicología humanista ha sido su incapacidad para desarrollar una metodología propia, como sí lo hicieron el psicoanálisis y el conductismo. En el seno de la psicología humanista, anidan diversas técnicas de tratamiento como la psicoterapia sin un denominador común.

Un cuarto modelo es el de sistemas familiares que defiende la idea de que las personas son producto de su familia (Peterson, 2010). La familia cumple una función central como reguladora de la salud y es la responsable de sobrellevar las crisis que afectan a los individuos en el entorno familiar. Para quienes defienden este modelo, los problemas del funcionamiento familiar pueden incidir o influir tanto en la presencia de enfermedades mentales como en el desarrollo de conductas de riesgo a la salud (Louro, 2005).

Enfoque sociológico

La discusión en torno al origen de las enfermedades mentales ha sido planteada desde los clásicos de la sociología. Bastide (1967) muestra cómo la sociología desde Comte hasta Parsons, se ha esforzado por demostrar la base social de estas enfermedades. Comte definió la locura como un “pensamiento egoísta”, como la rebelión del individuo en contra de la humanidad y señaló los condicionamientos sociológicos que dan lugar a su aparición. Según Bastide (1967), para Comte la locura emerge en la transición o crisis entre dos periodos orgánicos, en donde la organización se desmorona porque deja de satisfacer las necesidades del individuo. Tales son los casos de la reforma protestante y la Revolución Francesa en el marco de las cuales el individuo se rebela para erigirse como sujeto de derecho (Bastide,

1967). “Es entonces cuando la subjetividad, sometida al doble control de la realidad y de la sociedad hace irrupción”. Esto explica el aumento de casos de locura en periodos de crisis.

Aunque Durkheim (1928) no presenta una sociogénesis de las enfermedades mentales, propiamente dicha, introduce el concepto de “anomia” que ha permitido dar un fuerte contenido teórico a las explicaciones de las enfermedades mentales. Pues alude a “la ausencia de reglamentación, fijeza y regularidad en las relaciones entre las diversas funciones sociales, de donde surgen los conflictos teóricamente solidarios” (Bastide, 1967: 28). El suicidio, como lo muestra Durkheim, es producto del rechazo a las reglas, según periodos de crisis-bonanza o declive económico.

Se podría decir que el marxismo, a través de los conceptos de lucha de clases y alineación, aborda de manera directa el tema de las enfermedades mentales. La idea central de los marxistas es que cualquier fenómeno, indistintamente de su naturaleza, no puede explicarse objetivamente aislándolo de su ambiente. Observan los conflictos patógenos en el individuo como el reflejo de los conflictos generales de la sociedad capitalista. De lo que se deduce que mejorar la salud mental de los individuos debe pasar por una mejora en sus condiciones de vida (Bastide, 1967).

De acuerdo con Bastide (1967), el pensamiento de Parsons en torno al tema de las enfermedades mentales se inscribe en la teoría de la desviación que alude a todas las conductas alejadas del comportamiento socialmente esperado. Parsons clasifica los casos de desviación, según el eje de “conformidad-alienación” y, como consecuencia, habla de hechos de fuga de lo social y hechos de “hiper-conformismo”. De acuerdo con el eje de “pasividad-actividad”, tienen lugar la inestabilidad frente a las sanciones y las recompensas que empujan a los individuos al margen de la sociedad o bien a los actos de rebelión abierta (Bastide, 1967: 48). Pero, según el autor, la desviación del individuo que estudia el psiquiatra es la interiorización de un conflicto con bases sociales, es decir, “el sistema de la personalidad es la traducción en un ser del sistema social”. Parsons habla de tres personalidades: la primera es la idiosincrásica como aquella que

no se disgrega ni se inscribe en el conjunto de normas y valores que definen a la sociedad. La segunda es aquella en donde el individuo es absorbido completamente por el sistema social al punto que destruye su propia personalidad —las personas ansiosas son un ejemplo—, y la tercera es aquella en donde el individuo interioriza la disgregación del sistema social. En síntesis, los clásicos de la sociología sentaron las bases para un estudio de la sociogénesis de las enfermedades mentales.

La sociología contemporánea también ha hecho un amplio esfuerzo por demostrar que lo social cumple una función importante en la presencia de enfermedades mentales en los individuos. El énfasis de los principales enfoques sociológicos está puesto en los procesos o eventos estresantes de la vida, las condiciones sociales, los roles sociales, las estructuras sociales y los sistemas culturales afectan los estados de ánimo. Las perspectivas sociales asumen que los diferentes individuos que se encuentran en las mismas circunstancias tendrán niveles similares de salud mental y enfermedad. Es decir, lo que determina qué tan bien o mal se sienten las personas no sólo depende de sus propias personalidades o de sus cerebros, sino también del tipo de condiciones sociales que enfrentan. Estas condiciones varían enormemente en los diferentes grupos sociales, sociedades y tiempos históricos (Horwitz, 2010).

En el marco de esta disciplina se pueden identificar dos corrientes de pensamiento en torno a la etiología de las enfermedades mentales, claramente diferenciables: las que niegan su existencia (Sánchez, 2002) y consideran que son construcciones sociales, y las que discuten los aspectos estructurales que las generan. De acuerdo con Thoits (2010), entre las teorías predominantes en el campo de la sociología que analizan las bases sociales de las enfermedades mentales, se pueden ubicar la “teoría de la etiquetación”, la “teoría del estrés” y la “teoría de la tensión estructural”. Siguiendo la argumentación de la autora, a continuación, mencionamos brevemente las ideas centrales de estas teorías. Para ella, la teoría de la “etiquetación” plantea que las enfermedades mentales son transgresiones a las normas sociales establecidas, a las cuales se les asigna un rótulo o eti-

queta, son en sí una reacción social a la violación de dichas normas. La “teoría del estrés” muestra cómo los eventos estresantes acumulados en la vida de las personas pueden socavar sus recursos psicosociales y habilidades para enfrentarlos y dan lugar a la aparición de síntomas del desorden psicológico. La “teoría de la tensión estructural” sugiere que las formas en que se organizan las sociedades, las instituciones y los vecindarios crean patrones generales de ventaja o riesgo para grupos sociales particulares.

En relación con la teoría de la etiquetación, Scheff (1964) argumenta que las enfermedades mentales responden más a un estado social que a una enfermedad, ya que los síntomas son vagamente definidos, ampliamente distribuidos, y la definición de un comportamiento como sintomático de la enfermedad mental por lo general depende más de contingencias sociales que médicas. De acuerdo con el autor, la teoría nace como una crítica a los modelos médicos que han dominado el estudio de las enfermedades mentales.

La teoría señala que los síntomas frecuentes, graves y claramente visibles o los síntomas que presentan personas con poco poder o prestigio social pueden dar lugar a un proceso de victimización. Las reacciones sociales a los síntomas pueden ocasionar que la persona reciba un diagnóstico psiquiátrico formal, sea hospitalizada y, en última instancia, acepte la identidad de paciente mental. Alternativamente, los temores de rechazo pueden llevar a los pacientes psiquiátricos a adoptar estrategias de respuesta disfuncionales que perpetúan su aislamiento y perturbación —aunque, Thoits (2010) deja claro que los pacientes crónicos no son necesariamente una consecuencia de la etiquetación—.

Esta posición teórica ha recibido fuertes críticas, por su débil base empírica para explicar la presencia de síntomas de las enfermedades mentales, etiquetados por medio de la reacción social (Gave, 1978; 1979; Sánchez, 2002) y por la ambigüedad con que se definen los conceptos empleados por la teoría (Davis, 2001; Gisbbs, 1972) —citados por Scheff (1974) en su defensa de la teoría—, pues de acuerdo con estos autores, la misma carece de definiciones conceptuales denotativas, en donde cada concepto tenga un solo significado, además señalan que está permeada por fuertes sesgos ideológicos.

La teoría de la etiquetación parte de la idea de que a quien se define como enfermo de la mente es la persona que ha roto las normas sociales establecidas. De acuerdo con Turner (1989: 250), “los rótulos psiquiátricos proporcionan una etiqueta oficial para la conducta que es juzgada socialmente inaceptable en la sociedad en general y el efecto de estas etiquetas oficiales es la exclusión social”. De acuerdo con Thoits (2010), las personas etiquetadas como enfermas mentales son estereotipadas como peligrosas para ellas mismas o para los demás e incapaces de cuidarse a sí mismas. La teoría destaca el efecto negativo de la etiquetación en las personas con enfermedades mentales. Se ha enfatizado que las personas que han sido diagnosticadas con alguna enfermedad mental reconocieron que les han asignado etiquetas negativas como personas menos confiables, poco inteligentes, peligrosas e incompetentes (Dohrenwend, 2000). La teoría asegura que no necesariamente las personas que han experimentado enfermedades mentales tengan tales características, por el contrario, señala que la estigmatización puede causar un efecto negativo en ellas y en sus cuidadores, pues podría interferir en el proceso de integración e interacción social.

Se podría decir que en tiempos recientes existen desarrollos teóricos con profundas conexiones con la teoría de la etiquetación. Uno de ellos es el “construccionismo social” que germina de la necesidad de demostrar el carácter social de todas las enfermedades (Ordozika, 2005; Sánchez, 2002). El construccionismo social se ha centrado en demostrar que la sociedad juega un rol central en la forma como las personas perciben el cuerpo y su relación con el mundo. Dohrenwend (2000) citan el trabajo de Kleinman, quien plantea que para entender cómo los síntomas y las enfermedades tienen un significado clínico es necesario conocer las concepciones normativas del cuerpo en sí mismo y con el mundo. El construccionismo social sostiene la idea de que las personas construyen su propio entendimiento y conocimiento del mundo a través de sus experiencias y reflexiones. Otra de las explicaciones en esta línea es la interacción simbólica que, en términos generales, se erige sobre la idea de que las personas elaboran significados compartidos a través de su interac-

ción con otros y los significados proceden de su realidad. Esta perspectiva teórica resalta la importancia de los significados e interpretaciones como procesos humanos fundamentales (Blumer, 1982).

Desde la “teoría del estrés” se plantea que muchos de los trastornos mentales no son causados estrictamente por enfermedades, como lo define la biomedicina, sino que existe una serie de factores psicosociales y fisiológicos que dan lugar a las enfermedades mentales. Un ejemplo de ello es la ansiedad. Hans Selye quien en 1936 señaló la relación entre estresores fisiológicos y consecuencias fisiológicas o reacciones estresantes, argumenta que el estrés se presenta cuando hay una respuesta inespecífica del organismo ante cualquier demanda representada por un estímulo fisiológico, a estos estímulos los define como “estresores” (Tausig, Michello y Subedi, 2004). En pocas palabras, el autor considera que la respuesta de estrés ocurre en tres fases: una primera de reacción en donde las defensas del organismo, ante una alarma, se movilizan y provocan la activación del *sympathetic and pituitary-adrenocortical*; la segunda es la adaptación, en ella se mantienen las defensas adaptativas; y la tercera es la fase de agotamiento, en la cual las defensas son superadas (Selye, 1976). El autor considera el estrés como un estado de agotamiento físico provocado por estímulos externos y la incapacidad del organismo de adaptarse a ellos.

Tausig *et al.* (2004: 23) enfatizan que los estresores que no están bajo control pueden producir cambios fisiológicos o químicos en el cerebro. Por tanto, desde el punto de vista fisiológico, la falta de control de eventos estresantes se puede convertir en un importante factor de riesgo para la salud mental. Aquellas situaciones sobre las cuales no tenemos control suelen ser potencialmente aun más dañinas físicamente que aquellas ante las cuales se puede anticipar algún grado de respuesta. Los estresores constituyen una continua falta de control, de apoyo y de acceso a los recursos mediadores que influyen en las tasas de angustia mental. En palabras de los autores, este enfoque no se centra en los trastornos cerebrales inducidos por el estrés, sino en condiciones sociales que pueden estimular estas consecuencias. Distintos autores que han discutido en torno a la relación entre estrés y enfermedades mentales han demostrado que la pre-

sencia de depresión es precedida por la experimentación de un evento negativo (Kendler, Thornton y Gardner, 2000; Lechin, Van der Dijs y Benaim, 1996; Sadek y Nemeroff, 2000; Agid, Kohn y Lerer, 2000; Paykel, 2001; Hammen, 2005).

Por su parte, la teoría de la tensión estructural (Structural strain theory) se centra en encontrar las causas de las enfermedades mentales en las desigualdades sociales. En palabras de Thoits (2010), la teoría constituye un paraguas que abarca varias hipótesis sociológicas más específicas sobre la etiología de la enfermedad mental, contrario a la teoría del estrés, que se centra en eventos y tensiones específicos en la vida social de las personas como causantes de las enfermedades mentales. En términos generales, la teoría de la tensión estructural explica cómo las enfermedades mentales se asocian a la organización de la sociedad que ubica a algunos grupos sociales en desventaja en relación con otros.

De acuerdo con la autora, desde esta teoría las enfermedades mentales pueden ser consideradas como una respuesta de adaptación a la tensión estructural o un grado de integración en la sociedad. La autora argumenta que durante periodos de elevadas tasas de desempleo el número de admisiones a hospitales para el tratamiento de la psicosis aumenta, mientras que, en los periodos de estabilidad económica, las tasas de hospitalización disminuyen. En pocas palabras, para la autora, los periodos difíciles en la economía de un país pueden generar mayores tensiones y enfermedades mentales en parte de la población. Además, la organización de la sociedad juega un papel central en la ubicación de determinados grupos en situaciones de desventaja socioeconómica. Valga hacer un paréntesis para señalar que la epidemiología psiquiátrica desde mucho tiempo atrás puso énfasis en la relación negativa entre estatus socioeconómico y enfermedades mentales (Belle, 1990; Fryers, Melzer y Jenkins, 2003; Livingston, Takeuchi y Leaf 1991; Ortiz-Hernández, López-Moreno y Borges, 2007).³

³ Es importante señalar que desde hace mucho tiempo la epidemiología ha constatado la relación negativa entre posición socioeconómica y enfermedad mental. Doherenwend y Doherenwend (1982) identifican tres generaciones de estudios de la epidemiología psiquiátrica que abarcan desde la segunda mitad del siglo XIX y gran parte del siglo XX hasta

Dentro de este enfoque, el pensamiento de Merton ha sido fundamental para entender de qué manera la estructura social puede crear las condiciones que dan origen al comportamiento “desviado”. Merton se centró en hacer visibles las tensiones sociales a través de la observación del comportamiento “desviado” o del comportamiento socialmente no esperado, lo que le permitió introducir el concepto de “disfunción” para hacer alusión a la presencia de fuentes de desorden, revuelta y trastorno que van en contra de lo que se conoce como integración y ajuste, elementos fundamentales en los sistemas sociales (Cataño , 2003).

Merton (1964) utiliza el concepto de anomia para dar cuenta de la presión que se genera en determinados individuos cuando las normas sociales aceptadas se contraponen a la realidad social, en otras palabras, para referirse a la imposibilidad de la estructura social de abastecer a ciertos individuos de los elementos necesarios para alcanzar las metas de la sociedad, mientras Durkheim (1928) en *La división del trabajo* propuso el concepto de “anomia” para referirse a la carencia de normas. Dejó claro que las reglas morales en la sociedad tienen como función limitar las acciones individuales, la ausencia de estas normas debilita el orden y la cohesión social dando lugar a fenómenos como el suicidio anómico. La anomia económica fue una de las causas del suicidio en las sociedades modernas de la segunda mitad del siglo XIX. Para Merton (1964), la anomia no responde exclusivamente a las “crisis que generan perturbaciones del orden colectivo”, tal y como lo veía su predecesor, sino que tiene su raíz en la estructura social, al plantear metas comunes para todos los individuos, aun cuando éstos se ubican en distintos puntos de la escala social con posibilidades diferentes de alcanzarlas. De esta manera, la fuerte incongruencia entre las normas trazadas o valores culturales establecidos y las oportunidades de la estructura dan lugar a la conformación de conductas “desviadas”.

la publicación del DSM-III en 1980, en los que se constata la relación negativa entre posición socioeconómica y enfermedad mental. Aunque se ha insistido en la inconsistencia de la definición operativa del concepto “posición socioeconómica”, puesto que no existen criterios unificados a través de los cuales medirlo, en algunas investigaciones se usa la educación, el ingreso o el estatus ocupacional, en otras se utilizan otros indicadores (Kessler, 1982).

Según Merton (1964: 159), las personas que experimentan anomia se adaptan a ese dilema de distintas formas ya sea cambiando sus metas, buscando medios alternativos o ambos. El autor describió cinco respuestas adaptativas al respecto: los conformistas, los ritualistas, los innovadores, los rebeldes y los retraídos o personas que siguen adhiriéndose a objetivos culturalmente fragmentados y persiguen los medios convencionales para alcanzarlos, aunque las posibilidades de lograrlo sean limitadas. Los ritualistas, son quienes “abandonan o reducen las metas de los altos objetivos culturales del gran éxito pecuniario y de la rápida movilidad social en la medida en que puedan satisfacer sus aspiraciones”. En este caso, “aunque no se rechace la obligación cultural de procurar salir adelante en el mundo” y se reduzcan los horizontes, se sigue respetando de manera casi apremiante las normas institucionales. Sin embargo; la innovación, la rebelión y el retraimiento son consideradas respuestas desviadas de la conducta y socialmente complicadas; la innovación es otra respuesta de adaptación que se obtiene “cuando el individuo asimiló la importancia cultural de la meta sin interiorizar igualmente las normas institucionales que gobiernan los modos y los medios para alcanzarla”; casos típicos de esta forma de adaptación son los criminales, las personas que alcanzan las metas establecidas por la sociedad a través de negocios fraudulentos, asaltos, y otra serie de crímenes penalizados por la misma.

La rebelión es otro tipo de adaptación que lleva a los individuos que están fuera de la estructura social a pensar y tratar de poner en existencia una nueva estructura social, conlleva el extrañamiento de las metas y las normas existentes, que son consideradas arbitrarias “y lo arbitrario es precisamente lo que no puede exigir fidelidad ni posee legitimidad, porque lo mismo podría ser de otra manera”. En este sentido, lo que se busca es crear una estructura social en donde las normas culturales de éxito serían radicalmente modificadas y se adoptarían provisiones para una correspondencia más estrecha entre el mérito, el esfuerzo y la recompensa (Merton, 1964: 164).

Finalmente, el retraimiento es una respuesta de rechazo frente a las metas culturales establecidas, es decir, son las personas que

renunciaron a dichas metas y su comportamiento no se ajusta a las normas institucionales. De acuerdo con Merton (1964), las personas se adaptan a ésta, debido a que no comparten un conjunto común de valores, pueden ser considerados como miembros ficticios de la sociedad. En este grupo se podrían incluir algunas actividades de adaptación de los psicóticos, los egotistas, los parias, los proscritos, los errabundos, los vagabundos, los vagos, los alcohólicos crónicos y los drogadictos. El retraimiento se genera como una válvula de escape ante la presión social y la incapacidad de cumplir con esas exigencias a través de los canales legítimos. Un rechazo de estos valores implicaría ponerlos en duda, situación que la sociedad no acepta. Los individuos que abandonan la búsqueda del éxito son perseguidos continuamente por una sociedad que exige que todos sus miembros se guíen hacia el esfuerzo por el éxito (Merton, 1964).

El aporte de Merton es fundamental para entender el papel de la sociedad en la conformación de conductas desviadas, Thoits (2010:115) comparte la idea de que las enfermedades mentales pueden considerarse como una respuesta de adaptación a la tensión estructural en la medida en que constituyen una ruta alternativa a los caminos legítimos para alcanzar las metas sociales que han sido bloqueadas. El bloqueo obedece a la organización jerárquica de la sociedad, que privilegia “los deseos y los esfuerzos de algunos grupos sociales sobre otros”. La autora señala que la propia estructura u organización de la sociedad puede jugar un papel en la epidemiología y etiología de la enfermedad mental, pues las enfermedades no se distribuyen al azar, sino que por el contrario, tienden a concentrarse en los grupos en mayor desventaja socioeconómica. Aspecto que, según ella, está ausente en otras explicaciones teóricas de las enfermedades mentales. Con esta teoría se deja planteado que la reducción de las enfermedades mentales debe pasar por cambios estructurales en la sociedad, el paso esencial y a la vez obvio, es una disminución de las desigualdades sociales.

En términos generales, se podría señalar que los enfoques sociológicos parten de la idea que el rol social que cada individuo juega dentro de la sociedad no se configura independientemente

del resto de los individuos en su entorno, sino que está determinado por las actitudes, influencias y comportamientos de éstos, que dan lugar a “un rol de persona sana y un rol de persona enferma”, con los consecuentes derechos y obligaciones sociales asignados a cada uno (Moragas, 1976).

Desde nuestro punto de vista es casi imposible intentar explicar la presencia de las enfermedades mentales desconociendo los factores sociales que favorecen su generación. Pese a la capacidad explicativa de las teorías sociológicas, no se debe desconocer que tienden a caer en cierta generalidad y restan valor al peso de otros factores —no sociales— en el desarrollo de las enfermedades mentales. Es imposible eludir la incidencia de los factores sociales de las enfermedades mentales, pero es igual de difícil negar, que, por lo general, lo psíquico mantiene alguna relación estrecha con lo orgánico (Moragas, 1976). Además, como ha se discutido (Agnew, 1987), no necesariamente todas las personas que encuentran bloqueados los caminos para alcanzar el éxito económico desarrollan conductas desviadas. En nuestra opinión, se trata de una teoría que puede explicar el comportamiento desviado en una sociedad que comparte y privilegia valores centrados en logro del éxito económico y la riqueza (Merton, 1964). ¿Aplica esto en sociedades donde los valores sociales compartidos son diferentes? Si la enfermedad mental puede considerarse como una respuesta adaptativa de los individuos ante la imposibilidad de alcanzar las metas impuestas por la sociedad, en este sentido se justifica la mayor presencia de enfermedades mentales en personas más pobres, lo cual se ha constado para el caso estadounidense (Snowden, 2001; Eaton, Muntaner y Sapag, 2010), pero en el caso de los inmigrantes, ¿cómo explica la teoría que individuos en peor situación socioeconómica cuenten con mejores niveles de salud mental, como es el caso de muchos inmigrantes de América Latina y el Caribe en Estados Unidos? Sobre estas interrogantes discutiremos en lo que resta del libro.

Alrededor de la relación migración-salud mental se han elaborado varias explicaciones. Algunos de los trabajos pioneros desde la psiquiatría, defendieron la idea de que la migración genera proble-

mas de salud mental en los migrantes, mientras otros, en particular los más recientes, han hecho énfasis en la causalidad multifactorial de las enfermedades mentales y han discutido en torno a los aspectos que convierten a la migración en un factor de riesgo para la salud mental. En el siguiente apartado tratamos de presentar una síntesis de algunas de los planteamientos más conocidos en torno a esta relación.

ALGUNAS EXPLICACIONES EN TORNO A LA MIGRACIÓN Y LA SALUD MENTAL

Investigaciones pioneras en el campo de la psiquiatría, principalmente en Estados Unidos, centraron su interés en demostrar que la inmigración estaba necesariamente ligada a las enfermedades mentales. Parte del interés de la psiquiatría por la salud mental de los inmigrantes en Estados Unidos se manifestó a inicios del siglo XX, mismo que en cierta medida hizo eco al propósito del Estado de regular el ingreso de extranjeros no deseados al país (Malzberg, 1936; Cuevas, 1989). De acuerdo con Odegaard (1932), el primer intento de control de la inmigración por parte de Estados Unidos se produjo en 1648, a través de la ley New Netherlands, en la que se prohibía explícitamente el ingreso de personas que se convirtieran en una carga pública. En 1882 la primera ley federal de inmigración asignó al Secretario del Tesoro la responsabilidad de supervisar la inmigración. En ésta se prohibía el ingreso de “lunáticos e idiotas” y se establecía la deportación de todas personas que entraran a Estados Unidos violando la ley. Así como también se contemplaba la deportación de aquellas personas que se convirtieran en una carga pública dentro del primer año de estancia en el país, como consecuencia, todos los extranjeros que ingresaran a un manicomio en el periodo señalado, eran sujetos a deportación.

En 1891, las autoridades federales, en particular, Salud Pública y el Servicio Hospitalario de la Marina fueron los encargados de inspeccionar el estado de salud de las personas que ingresaban al

país. El tema económico era centro de preocupación, bajo ninguna circunstancia los inmigrantes deberían constituir una carga económica para la nación. Valga hacer un paréntesis para mencionar que en la actualidad, con el avance en materia de derechos y los acuerdos internacionales, los esfuerzos por controlar la inmigración están más orientados a mantener la seguridad de nacional, cuyo trasfondo es protegerse de “la amenaza” que representa la inmigración hacia aquello que se ha construido como Estado-Nación (Castles y Miller, 2004; Armenta, 2017).

Durante las primeras décadas del siglo XX, desde la psiquiatría hubo una intensa discusión acerca de si los inmigrantes presentaban mayores niveles de enfermedad mental que la población nativa de Estados Unidos. Parte de ese debate estuvo centrado en si la información estadística generada o empleada en el marco de las diversas investigaciones daba suficiente cuenta de las diferencias en la presencia de enfermedades mentales entre inmigrantes y nativos y hasta qué punto esas diferencias eran inherentes a la migración.

Algunos de los trabajos que mejor ilustran este debate son los de Rosanoff, publicado en 1910 (citado por Malzberg, 1936), quien después de observar las tasas de admisión a hospitales entre población nacida en Estados Unidos y que habitaba en California, encontró que las tasas de hospitalización variaban entre las personas con experiencia de migración a Nueva York y los que no habían emigrado, por lo que el autor concluyó que las diferencias en las tasas de enfermedad mental podrían deberse a factores sociales y económicos asociados a la migración. Odegard (1932), a través de un análisis estadístico, observó los primeros ingresos de inmigrantes noruegos y de hijos de noruegos nacidos en Estados Unidos a hospitales psiquiátricos en Minnessota, en el periodo 1889-1929 y constató que los inmigrantes tenían mayores tasas de admisión que la población nativa y que la incidencia de “locura” era mayor en los inmigrantes.

Malzberg (1936) después de observar las tasas de primeros ingresos a todos los hospitales del estado de Nueva York por enfermedad mental —psicosis, alcoholismo, arterioesclerosis cerebral, enfermedad maniaco depresiva— en distintos grupos poblacionales

—blancos, indígenas y negros— inmigrantes y nativos durante el periodo 1929-1931, encontró que los primeros tienen mayores tasas de ingreso a hospitales por enfermedad mental. Al observar al interior de los de nativos blancos obtuvo que los nacidos en el estado tuvieron tasas de enfermedades mentales inferiores a las de inmigrantes internos; además, al separar a la población nativa entre hijos de personas nativas del estado y los hijos de personas nacidas en otros lugares de Estados Unidos, pudo constatar que los primeros presentaban tasas de admisión inferiores a las de los segundos. El autor concluyó que el factor dominante en la explicación de las enfermedades mentales como la psicosis, “la psicosis alcohólica” no es la composición racial sino el ajuste económico y social ligado a la migración. Investigaciones posteriores, incluidas las del propio Malzberg, han dejado planteadas las dificultades metodológicas de estos estudios para establecer una relación directa entre inmigración y presencia de enfermedades mentales (Kleiner y Parker, 1959).

Diversas explicaciones se han vertido en torno a los resultados de la salud mental de los inmigrantes en el mundo occidental. Murphy (1961) reconoce el aporte de investigaciones de autores como Odegard y Malzberg, pero advierte que los resultados se presentan sin controlar cuánto de los mismos se debe a una autoselección de la migración y cuánto podría adjudicarse al cambio social. Al mismo tiempo se cuestiona fuertemente la ausencia de rigurosidad en las mediciones estadísticas que llevaron a los autores a establecer sus conclusiones.

En años recientes ha tenido lugar una amplia discusión en torno a la salud física y mental de los inmigrantes en distintos países desarrollados, pues pese a que buena parte de ellos procede de países en desarrollo donde los indicadores de mortalidad y morbilidad generalmente no son mejores a los observados en los países de destino, tienen mejores niveles de salud mental que la población nativa de los lugares a los que arriban. La discusión se centra en tratar de entender por qué, dadas las condiciones socioeconómicas en que muchos de ellos se encuentran en las sociedades de arribo, tienen mejores indicadores de salud.

Se ha argumentado que estos resultados obedecen a múltiples factores, entre los que se podrían mencionar algunos: la selección que se genera en el ingreso, las autoridades deciden sobre el tipo de personas que puede ingresar al país; los comportamientos favorables para la salud y la autoselección de la migración, en donde se presume que las personas más sanas, con mejores posibilidades socioeconómicas son las que emigran (Kennedy, McDonald y Bidle, 2015). El primero de estos aspectos, de acuerdo con los mismos autores, es discutible pues, resultados de investigaciones citadas por ellos, muestran que en países como Canadá y Ámsterdam la proporción de personas que se les niega el ingreso por cuestiones de salud es ínfima. En el segundo caso hay fuerte evidencia de que en la medida en que los inmigrantes permanecen más tiempo en su país de destino, las ventajas en salud disminuyen (Constant *et al.*, 2018), lo que hace plausible pensar que la modificación de hábitos y estilos de vida en el país receptor podrían incidir en la salud de los inmigrantes.

La autoselección es una de las explicaciones más usadas para entender las diferencias en salud entre inmigrantes y nativos. Entre otros aspectos, esta teoría plantea (Jasso, Massey, Rosenzweig y Smith, 2004) que, para tener una idea más apropiada de las diferencias en salud de los inmigrantes, las comparaciones deben hacerse con sus similares en los países de origen, dado que existe evidencia de que las personas que emigran, por lo general, se ubican en los mejores niveles de ingresos que a su vez se traducen en mejores dietas alimenticias, acceso a agua potable, menor exposición a riesgos ambientales y mejor atención materno-infantil, entre otras. En pocas palabras, los migrantes se autoseleccionan de los niveles más altos de ingresos y de salud. Aunque los autores aclaran que existen diferencias importantes dentro de esa selección. Sobre este aspecto hay fuerte controversia, pues por un lado, se debe reconocer que una parte importante de las migraciones en el mundo contemporáneo se han originado por el hambre y la pobreza que viven muchas personas, particularmente en países de África, Asia y América Latina. Por otro lado, investigaciones recientes, en el caso concreto de México, han comprobado que los inmigrantes mexicanos que emigran a Estados Unidos

tienen mayores riesgos de desarrollar enfermedades mentales que sus contrapartes en México (Breslau *et al.*, 2011).

Otros investigadores como Berry (1987) han hecho énfasis en los efectos que el proceso de aculturación genera en la salud mental de los inmigrantes. En términos muy generales, la aculturación puede entenderse como la recepción o incorporación de elementos culturales de un grupo poblacional que ha estado en contacto con otro.⁴ Una de las teorías más acudidas para explicar la salud mental de los inmigrantes es el “estrés aculturativo” (Berry, 1997). De acuerdo con Lazarus (1990) el estrés psicológico depende de la relación que se establece entre la persona y el entorno, es una situación que depende de los recursos con que cuente un individuo para satisfacer las exigencias del entorno. Se parte de la idea de que el proceso migratorio en sí mismo impone una serie de demandas a las que el individuo no puede responder como lo haría en su país de origen (Collazos, Qureshi, Antonín y Tomás-Sábad, 2008). De acuerdo con Berry *et al.* (1987), el estrés aculturativo es definido como una baja en el estado de salud que incluye aspectos psicológicos, somáticos y sociales de los individuos que viven un proceso de aculturación y en los que se cuenta con evidencia de que esos estados de salud se relacionan sistemáticamente con procesos de aculturación. Los autores observaron un conjunto de estudios que analizan el estrés aculturativo en los que se involucra a inmigrantes, becarios, refugiados nativos y grupos étnicos en Canadá, encontraron diferencias entre los niveles de estrés y los tipos de aculturación que experimentan los individuos de los diferentes grupos observados, todo matizado por variables demográficas, psicológicas y sociales. Entre sus hallazgos constatan que aspectos como el sentimiento de marginalidad se correlaciona positivamente con la presencia del estrés aculturativo.

⁴ Lógicamente, el concepto no es tan simple, encierra un grado de complejidad —en el que no pretendemos ahondar en este libro—, pues la aculturación no es, en estricto sentido, la adopción automática de patrones culturales en ausencia de conflicto. Aguirre (1957: 49) la define “como el proceso de cambio que emerge del contacto de grupos que participan de cultura distintas. Se caracteriza por el desarrollo continuado de un conflicto de fuerzas, entre formas de vida de sentido opuesto, que tienden a su total identificación y se manifiesta, objetivamente, en su existencia a niveles variados de contradicción”.

Berry, Kim, Power, Young, y Bujaki (1989) han identificado cuatro estrategias de aculturación que adoptan los inmigrantes en sociedades plurales: la integración, que se da cuando el individuo mantiene su integridad cultural, pero adopta valores de la cultura dominante que le permiten interactuar con la sociedad de destino y por ende ser parte de la misma. Cuando se da este tipo de aculturación, se pueden distinguir una diversidad de grupos étnicos que “cooperan con un gran sistema social”. Cuando la relación entre la sociedad de acogida y los grupos no es positiva, éstos últimos optan por mantener su identidad étnica y sus tradiciones culturales, donde el grupo dominante-mayoritario, mantiene el control de la situación. Las formas de aculturación que se podrían presentar son la marginalización o la separación. La asimilación, tal y como lo observó Gordon (1964), implica un proceso gradual en que el individuo se despoja de su identidad y tradiciones culturales y adopta los valores culturales de la sociedad receptora hasta convertirse en un miembro indistinguible de la misma.

Berry (2016) en una investigación reciente sobre la relación entre aculturación y bienestar de inmigrantes en Canadá, en la que observaron hasta qué punto el bienestar de esta población estaba ligado a su estrategia de aculturación, encontraron que, en comparación con otras estrategias, la integración se asocia con mayores niveles de satisfacción con la vida como con mejor salud mental. Mientras que la marginación estuvo asociada a menores niveles de bienestar. Los resultados de este estudio son consistentes con los de otras investigaciones (Collazos *et al.*, 2008; Zarza y Sobrino, 2007;) que han demostrado que cuando los inmigrantes permanecen unidos a su cultura de origen, pero además logran vincularse a la nueva sociedad, alcanzan mayores niveles de bienestar, contrario a lo que sucede cuando se desconectan de ambas culturas.

En el caso concreto de la salud mental de los inmigrantes latinoamericanos y caribeños en Estados Unidos, como se mencionó en la introducción de este libro, ha habido un intenso debate inconcluso en torno a su salud mental y los aspectos que podrían explicarla. Por un lado, resultados de investigaciones empíricas, tanto

cuantitativas como cualitativas ubican a los inmigrantes con peores niveles de salud mental (Vega y Rumbaut, 1991; Vega *et al.*, 1987), mientras que otros han encontrado que los latinoamericanos tienen mejor salud mental que la población nativa (Alegría *et al.*, 2008; Crimmins, 2005; Grant *et al.*, 2004; Markides y Coreil, 1986; Thomson *et al.*, 2013).

Se ha argumentado que la menor prevalencia de enfermedades mentales entre inmigrantes latinoamericanos está asociada a la auto-selección de los mismos, ya que migran las personas más jóvenes y más sanas (Jasso *et al.*, 2004). Así como también se ha señalado que la cohesión y las solidaridades que se generan al interior de las comunidades étnicas, a las que se unen los inmigrantes, ayuda a hacer frente a las adversidades y los desafíos que impone la migración a cada persona (Rodríguez, Bingham, Paez, y Myers, 2007; Salgado, 1996; Vega y Rumbaut, 1991). También se ha argumentado que las familias inmigrantes latinoamericanas tienen mayor tolerancia con la enfermedad mental (Stompe, Holzer, Friedmann y Bhugra, 2011). Los inmigrantes en general tienen bajas expectativas de “éxito” en la sociedad de destino (Escobar, Nervi y Gara, 2009), puesto que muchas veces las condiciones de vida desde las que parten son muy inferiores a las que pueden encontrar en las sociedades de destino, como es el caso de muchos refugiados o personas que salen de su país intentando salvaguardar la vida.

Como hemos mencionado, buena parte de las investigaciones realizadas en Estados Unidos sobre inmigración latinoamericana, caribeña y la salud mental, se han centrado en observar el papel de la aculturación en esta relación. Los resultados de estos estudios son diversos, por un lado, hay quienes encuentran que la aculturación reduce la presencia de enfermedades físicas y mentales en los inmigrantes (Consedine, Chentsova-Dutton y Krivoshekova, 2014; Koneru *et al.*, 2007) y por otro, existe una cantidad importante de investigaciones empíricas que afirman lo contrario, es decir, encuentran una relación negativa entre aculturación y salud mental (Araújo, 2009; Burnam, Hough, Karno, Escobar y Telles, 1987; Cilso, 2007; Hale y Rivero-Fuentes, 2011; Kail *et al.*, 2000; Page, 2006; Zambrana,

Scrimshaw, Collins y Dunkel-Schetter, 1997), mientras otros han constatado que el biculturalismo es la opción más adecuada para proteger la salud mental de inmigrantes latinoamericanos y caribeños en Estados Unidos (Berry, 2016).

Estas amplias discusiones realizadas desde distintas disciplinas y con diferentes aproximaciones teórico-metodológicas, sin duda alguna, constituyen un aporte significativo al estado del conocimiento en torno a la salud mental de los inmigrantes latinoamericanos en Estados Unidos. Pero es indiscutible que aprehender con la mayor objetividad un fenómeno tan complejo como éste, impone una serie de desafíos teórico-metodológicos que los investigadores deben afrontar, de tal modo que les permita observar la salud mental de los migrantes en su etapa premigratoria, durante el trayecto migratorio y en el proceso de inserción en la sociedad de destino o etapa postmigratoria. De acuerdo con Bhugra y Becker (2005), en la fase premigratoria pueden existir enfermedades mentales —aunque en niveles menores— y en las fases siguientes, problemas de aculturación y discrepancias entre los objetivos trazados y los alcanzados. Aunque estamos de acuerdo con que las exigencias del proceso de adaptación a la sociedad receptora son fundamentales para explicar la salud mental de los inmigrantes en Estados Unidos, en este libro hacemos hincapié en las diferencias socioeconómicas, las condiciones laborales y el desempleo que pueden incidir en la salud mental de inmigrantes latinoamericanos y caribeños en dicho país, y tratamos de discutir hasta qué punto es plausible explicar las diferencias en la salud mental entre inmigrantes y población nativa a partir de teorías sociológicas como la teoría de las tensiones estructurales. Ésta, así como la teoría del estrés explican parte de lo que ocurre con la salud mental de la población estadounidense, pero en el caso de los inmigrantes, por la misma complejidad que envuelve el proceso migratorio no es posible establecer con relativa certeza cuánto puede aportar cada teoría a la explicación del fenómeno.

CONCLUSIONES

En este capítulo hemos presentado algunas perspectivas teóricas en torno al tema de la salud mental y la enfermedad mental en Estados Unidos. Definimos los conceptos y su funcionalidad para explicar lo que ocurre en la salud mental. Realizamos una breve presentación de los enfoques y teorías comúnmente empleadas para explicar la presencia de enfermedades mentales y describimos los tres principales enfoques: el biológico, el psicológico y el sociológico. Así como también revisamos algunas de las aproximaciones teóricas que han tratado de explicar la relación migración-salud mental.

La revisión bibliográfica realizada sólo nos permite concluir que las causas de las enfermedades mentales son múltiples, por lo tanto, sería difícil argumentar que las enfermedades mentales tengan exclusivamente un carácter predominantemente social. Coincidimos con Thoits (2010) en que la conducta socialmente desviada puede obedecer a diversas razones que podrían ser biológicas —deficiencias a nivel de química del cerebro, genéticas, congénitas, etc.—; psicológicas como la ocurrencia de eventos traumáticos en la niñez, conflictos internos y baja autoestima, entre otras; sociales como los conflictos de roles, las presiones de pares y los eventos estresantes; económicas como la insatisfacción de necesidades básicas; culturales, como la adaptación de una subcultura distinta a la sociedad mayor, entre otras. Estos factores pueden confluir en un mismo individuo y desencadenar enfermedades mentales.

Sin embargo, insistimos en que la sociología se ha centrado en localizar los factores que generan las enfermedades mentales en el entorno social más que en los individuos. Lo que nos deja plenamente convencidos que buena parte de lo que sucede con la salud mental de las personas se puede explicar al analizar las condiciones sociales y económicas en que se encuentran. En ese sentido, trataremos de observar lo que ocurre con la salud mental de los inmigrantes —en especial quienes forman parte de la fuerza laboral— con el propósito de establecer si existe alguna relación entre las condiciones de empleo de los inmigrantes latinoamericanos y su salud mental. Hemos

dejado claro, que no desconocemos la capacidad explicativa de las distintas teorías en torno a este tema. En lo que sigue, nos apoyaremos en el enfoque sociológico que para tratar de demostrar que también en el caso de los inmigrantes latinoamericanos y caribeños la mayor vulnerabilidad socioeconómica en que se encuentran actúa como un factor de riesgo para su salud mental.

Capítulo II

Malestar Psicológico No Específico en nativos e inmigrantes de América Latina y el Caribe en Estados Unidos

En Estados Unidos la depresión y la ansiedad se encuentran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad, además está asociadas a problemas de calidad de vida y el funcionamiento social. Al mismo tiempo, diversas condiciones psiquiátricas, particularmente los trastornos depresivos, están asociados con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas (Strine, Mokdad, Balluz *et al.*, 2008). Estos autores emplearon datos de la Behavioral Risk Factor Surveillance Survey de 2006, encuesta probabilística, conducida de forma telefónica en 28 estados de la Unión Americana, el Distrito de Columbia, Puerto Rico e Islas Vírgenes. Allí observaron las prevalencias de depresión y ansiedad y la probabilidad de desarrollar estas enfermedades, dadas algunas conductas de riesgo, obesidad y enfermedades crónicas. Constataron que más de 22.7 millones de personas de los territorios mencionados fueron diagnosticadas con depresión en algún momento de sus vidas. De la misma forma, más de 16.3 millones fueron diagnosticadas con ansiedad por un profesional de la salud en algún momento de sus vidas. De igual forma, más 11.8 millones de personas reportaron síntomas de depresión en el momento que se les aplicaba la encuesta. Después de controlar por sexo, edad, etnia, estado civil, escolaridad y estatus laboral, los autores encontraron que las mujeres fueron significativamente más propensas a desarrollar síntomas depresivos. En relación con las diferencias entre grupos étnicos, constataron que los afroestadounidenses, hispanos y otros grupos, fueron menos propensos a tener un diagnóstico de depresión a lo largo de su vida y, en lo que respecta a las diferencias por sexo, se encontró que

las mujeres tuvieron más diagnósticos de depresión que los hombres.

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

La depresión y la ansiedad se ubican entre las enfermedades mentales de mayor incidencia a nivel global en los últimos tiempos y las que guardan mayor relación con el mundo del trabajo (OIT, 2000). Tal y como lo señala la OMS (2017), la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad laboral en todo el mundo. De acuerdo con sus estimaciones, más de 322 millones de personas en el mundo (4.4%) viven con depresión, en particular las mujeres. Entre 2005 y 2015, la cantidad de personas con esta enfermedad incrementó en 18.4%. En el último año, entre los países de América, Estados Unidos reportó la prevalencia más alta (5.9%). De acuerdo con la OMS (2017), el 3.6% de la población mundial 264 millones de personas viven con ansiedad. En los mismos años, la cantidad de personas afectadas por esta enfermedad incrementó en 14.9%. En Estados Unidos la prevalencia en 2015 fue de 6.3%.*

Según la misma fuente, los gobiernos gastan en promedio el 3.0% de su presupuesto sanitario en salud mental. Esta cifra llega a ser menos del 1.0% en los países de ingresos bajos y hasta del 5.0% en los de ingresos altos. Empero, pese al notable aumento de personas con depresión y/o ansiedad, no se ha dedicado la suficiente atención a esta enfermedad. Una de las consecuencias que preocupan en mayor medida a los organismos internacionales, son sus efectos negativos en la productividad mundial (OMS, 2017).

La depresión ha sido definida por la biomedicina como una enfermedad causada por diversos factores que pueden ser de orden genético, neurológico y socioambiental. Su severidad se presenta en distintas formas: leve, como la depresión sintomática subsindrómica; y severa como la depresión mayor con presencia de síntomas melancólicos o psicóticos (Sadek y Nemeroff, 2000). Lograr conceptualizar a la depresión como una enfermedad etiológicamente heterogénea ha implicado transitar por diversos enfoques teórico-metodológicos a lo largo de la historia. Para Hipócrates la melancolía —hoy en día depresión— se debía a la segregación de bilis negra, generada por el bazo, ocasionada a su vez por la alineación de los planetas (Sadek y Nemeroff, 2000). También han existido ideas románticas sobre esta enfermedad, durante mucho tiempo se pensó que los deprimidos o melancólicos eran personas creativas destacadas en el mundo del arte.

La depresión es una de las enfermedades mentales más conocidos en la historia. En la edad antigua predominó el paradigma hipocrático con la teoría de los humores, que explicó lo que hoy conocemos como depresión, como una alteración de los humores —bilis amarilla, bilis negra, sangre y flemas—, éstos a su vez, se relacionan con las cualidades primarias —frío, caliente, seco y húmedo, y prevalecen en determinada estación del año. Esta relación plantea un equilibrio orgánico, que cuando es alterado puede dar origen a enfermedades. En este marco surge el concepto de melancolía o enfermedad de la bilis negra, producida por exceso de esta sustancia caracterizada por el abatimiento, la tristeza pato-

lógica, el pesimismo, la culpa y el dolor moral (Conti, 2007). Bajo estos principios, se explicó hasta el siglo XVII lo que hoy conocemos como depresión.

De acuerdo con el autor, durante la Edad Media se mantiene el concepto de melancolía, definido con los mismos principios hipocráticos y sigue siendo considerada una enfermedad humoral en la que están presentes el miedo y la tristeza. Coinciden con los antiguos en que su ubicación puede ser corporal, cefálica hipocondríaca. Se agrega que puede ser adquirida antes del nacimiento y que está relacionada con el alma y la actividad intelectual. Es en este tiempo en que se empiezan a identificar aspectos psicológicos de la enfermedad. Para algunos científicos, la ociosidad y la soledad contribuían a su desarrollo (Conti, 2007).

Según Conti (2007), en el Renacimiento, la enfermedad fue relacionada con la creación artística. En el siglo XVII se rechaza la teoría humoral y se avanza hacia una explicación de la melancolía basada en los procesos químicos del cerebro y el corazón. En el siglo XVIII se le da el nombre de depresión, aunque por mucho tiempo, en el ámbito artístico se le siguió llamando melancolía. A lo largo del siglo XIX se lograron avances en el conocimiento y tratamiento de la enfermedad y los aportes de la teoría psicoanalítica y de la farmacología, fueron importantes para su definición. Sin duda, uno de los aportes sobre el conocimiento de la depresión en el siglo XX se centra en el desarrollo de la genética. El estudio del genoma humano, como se ha mencionado, ha sido fundamental para el desarrollo de la investigación genética y bioquímica, además ha permitido el mayor desarrollo de la biomedicina para su tratamiento.

En la actualidad, la depresión es considerada como una enfermedad que afecta al organismo, el estado de ánimo y la manera de pensar de uno mismo (Guadarrama *et al.*, 2006). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) la define como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza 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. Solamente el 50% de las personas con depresión en el mundo recibe diagnóstico y puede acceder a un tratamiento biomédico (OMS, 2016). Es una de las enfermedades que genera mayor discapacidad laboral y social y es más frecuente en las mujeres. Se estima que 800 millones de personas padecerán alguna depresión a lo largo de su vida y en la próxima década se proyecta como la segunda causa de discapacidad por años de vida saludable en el mundo (De la Fuente, 2012).**

Según Sarudiansky (2013: 26) hasta 1980 predominó el diagnóstico “neurosis de ansiedad” o “neurosis de angustia” para hacer referencia a la ansiedad. Pero debido a la falta de precisión del concepto “neurosis” y al avance, particularmente en el campo de las ciencias biológicas y psicosociales, que buscaban ir más allá de las definiciones conceptuales de la enfermedad, se abandonó el concepto descrito en el Manual Diagnóstico en 1980. Aunque, de acuerdo con la autora, el mismo sigue siendo usado en campo del psicoanálisis como en la jerga cotidiana.

La ansiedad se define como el sistema de alarma del organismo, es el medio que tiene el cerebro para avisar al cuerpo que puede ocurrir algo malo. Ésta se torna patológica cuando su intensidad es excesiva, cuando se presenta de manera persistente y no constituye una indicación de alarma útil (Chávez, 2012). Existe un

(Continuación)

grupo de padecimientos cuya característica inmutable y sobresaliente es la ansiedad patológica (De la Fuente, 2012). Entre las formas de ansiedad se identifican la crisis de angustia o trastorno de pánico, trastorno de estrés agudo, junto con trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social o trastorno de ansiedad social, fobias específicas y agorafobia (Chávez, 2012).

* Se puede encontrar mayor información sobre la elaboración de las estimaciones de la OMS en: *The Latest Set of Global Health Estimates Made Available by WHO is for 2015*. <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates>.

** Hay puntos de vista divergentes en torno a la cantidad de personas con depresión. En el caso concreto de las mujeres, desde la teoría feminista y la sociología médica, se alega una sobre estimación de la depresión (Castro y Bronfman, 1993).

Kessler y Wang (2008) señalan que —en las últimas décadas, en Estados Unidos ha habido una proliferación de estudios epidemiológicos sobre trastornos mentales comunes—. Esto particularmente, se debe al desarrollo de criterios de diagnóstico basados en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* susceptibles de operacionalización y a la creación de entrevistas diagnósticas de investigación sustentadas en esos criterios. Esto, además, ha permitido la realización de encuestas epidemiológicas. Los autores, en un estudio desarrollado con base en la Encuesta Nacional de Comorbilidad, por sus siglas en inglés: NCS-R (30), realizada entre febrero de 2001 y abril de 2003 —encuesta epidemiológica de representatividad nacional que capta trastornos mentales— concluyeron que la depresión y la ansiedad son trastornos altamente prevalentes en la sociedad estadounidense; cerca de la mitad de la población cumple con los criterios para uno o más de estos trastornos en sus vidas, y aproximadamente un cuarto de la población cumple con los criterios en un año determinado. La mayoría de las personas con antecedentes de trastorno mental los tuvieron en la infancia o la adolescencia. Cuando éstos aparecen posteriormente, por lo general, involucran desórdenes comórbidos. Algunos trastornos de ansiedad (fobias, trastorno de ansiedad por separación) y de control de impulsos se presentan a edades tempranas. Otros trastornos de ansiedad: trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático; así como los trastornos del estado de ánimo y

trastornos por uso de sustancias, suelen presentarse a edades más avanzadas. Por lo que, para los autores, una atención oportuna de éstos tendría que iniciarse en la niñez y en la adolescencia.¹

Pratt y Brody (2008) emplean información de la National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2006, para observar la distribución de depresión en la población estadounidense y encuentran que en el periodo indicado el 5.4% de la población de 12 años o más tenían depresión. Además, se constató que las mujeres, las personas de entre 40 y 59 años, los afroestadounidenses y las personas que vivían por debajo del nivel de pobreza tenían tasas más altas de depresión que otros grupos demográficos. Las autoras hicieron hincapié en el deterioro que puede causar la depresión en la mayoría de las áreas de funcionamiento de los individuos como son la escuela, el trabajo, la familia y la vida social, ya que aproximadamente el 80% de las personas con depresión informaron que sus síntomas interferían con su capacidad para trabajar, mantener un hogar y ser socialmente activos. Como reflejo de esta alta tasa de deterioro funcional, se estimó que casi dos tercios de los 83 mil millones de dólares que la depresión le costó al país en el año 2000 se debieron a la baja productividad y al ausentismo laboral.

En Estados Unidos, como en otros países del mundo, ha habido una constatación sistemática de la relación negativa entre situación socioeconómica y enfermedades mentales. Pickett y Wilkinson (2010), argumentan que en los países desarrollados la desigualdad en los ingresos está fuertemente asociada con mayor prevalencia de enfermedades mentales y con el uso indebido de drogas. Estos autores, después de analizar distintas fuentes de información, concluyeron que en Estados Unidos, uno de cada cuatro adultos había tenido alguna enfermedad mental un año previo al momento de ser entrevistado, y casi una cuarta parte de estas personas tuvieron episodios graves de adicción, llegando a estimar que, a lo largo de su vida, más de la mitad de los adultos de la población estadounidense experimentará enfermedades mentales.

¹ El término trastorno es empleado por los autores.

Este capítulo tiene por objetivo analizar algunos factores que inciden en la salud mental de inmigrantes de América Latina y el Caribe y población estadounidense. Para tal fin se emplea la escala de Kessler-6 (K-6) que mide el riesgo de desarrollar Malestar Psicológico No Específico (MPNE). Se observan los casos de nativos blancos no hispanos, afroestadounidenses, mexicoamericanos, puertorriqueños, inmigrantes mexicanos, cubanos, dominicanos y otros latinoamericanos. Tal y como lo ha demostrado la epidemiología psiquiátrica y siguiendo los principios de la teoría sociológica que enfatiza efecto negativo de la desigualdad socioeconómica en la salud mental, se ajusta un modelo de regresión logística que pretende encontrar la capacidad explicativa de ciertas variables socioeconómicas en el desarrollo de MPNE. El capítulo se ha estructurado en cinco apartados. En el primero se define el concepto de Malestar Psicológico No Específico y se describen brevemente las técnicas y la fuente de datos empleadas en el análisis. En el segundo se presentan sucintos antecedentes de los grupos que entran en el análisis. En el tercero se describe *grosso modo* el perfil demográfico y socioeconómico actual de esas poblaciones; en el cuarto se ofrecen los resultados de la K-6 aplicados a estos grupos y se analiza la probabilidad de los individuos de desarrollar una MPNE severa y en el quinto se ofrecen algunas conclusiones del capítulo.

MALESTAR PSICOLÓGICO NO ESPECÍFICO

En este capítulo se emplea el concepto Non-Specific Psychological Distress (NSPD), o Malestar Psicológico No Específico (MPNE) (Kessler y Mroczek, 1994) y se calculan los niveles de malestar psicológico con base en la escala de Kessler-6. La escala constituye una medición basada en preguntas sobre ansiedad y síntomas depresivos que son el foco habitual de las escalas que miden el malestar psicológico (Kessler *et al.*, 2010). En otras palabras, se trata de un concepto operativo que permite establecer el riesgo de desarrollar un trastorno mental severo —podría ser depresión o ansiedad— a

través de la construcción de una escala de seis indicadores. Por medio de la escala no es posible identificar personas que experimentan alguna psicosis, pero puede ser un buen predictor de la necesidad de tratamiento en personas con trastornos comunes (Andrews y Slade, 2001).²

De acuerdo con Espíndola *et al.* (2006), el concepto malestar psicológico surge de la necesidad de asignar un nombre a un conjunto de manifestaciones clínicas no patológicas y con raíces en el carácter del individuo, las cuales deben recibir una atención psicológica específica. Según los autores, no se trata de un diagnóstico,

sino una descripción que evidencia alteraciones. Presupone la existencia de una etiología reactiva que se suma a su estructura de carácter, a la interpretación que la persona hace del mundo y a su particular forma de resolver un conflicto externo que repercute en su psiquismo (Espíndola *et al.*, 2006: 114).

Como se mencionó en la introducción de este libro, la *National Health Interview Survey* (NHIS) hace un esfuerzo por identificar el riesgo de experimentar depresión o ansiedad en la población estadounidense. Para ello, se incluyen seis preguntas de la escala de Kessler (Kessler *et al.*, 2002). A una muestra de adultos de 18 años y más, se les pregunta literalmente lo siguiente: Con qué frecuencia durante los últimos 30 días usted se sintió: ¿Tan triste que nada le alegraba?, ¿nervioso?, ¿desesperado?, ¿intranquilo o inquieto?, ¿que todo era un esfuerzo? y ¿sin mérito alguno? Las respuestas posibles a estas interrogantes son: (0) Nunca, (1) Muy pocas veces, (2) Parte del tiempo, (3) Casi todo el tiempo y (4) Todo el tiempo.

A través de la encuesta no es posible establecer la duración de estos síntomas. La suma de los puntajes (0-4) asignados a las respuestas sobre las seis preguntas, permite la construcción de una escala de medición del riesgo de desarrollar una depresión o ansiedad, o en otras palabras, un Malestar Psicológico No Específico. La escala se mueve entre 0 y

² Dohrenwend *et al.* (1980) señalan que los ítems de las escalas destinadas a medir el malestar psicológico están asociados a trastornos afectivos, pero no pueden dar cuenta de un trastorno psiquiátrico en particular.

24. Los valores superiores a los 12 puntos implican un alto riesgo de experimentar una MPNE severa (Kessler, Barker, Colpe *et al.*, 2003). La escala ha sido validada para distintas minorías étnicas en Estados Unidos (Strine, Dhingra, Okoro *et al.*, 2009; NHIS, 2014) y se han propuesto puntos de corte menos polarizantes que dan cuenta de posiciones intermedias en la misma (Furukawa, Kessler, Slade *et al.*, 2003, 2008; Prochaska, Sung, Max *et al.*, 2012).

Se trata de una encuesta transversal de entrevistas a hogares, levantada por la Oficina de Censos de Estados Unidos, con el propósito de generar información general sobre el estado de salud de los estadounidenses. La encuesta se realiza anualmente a lo largo de cada año. La población objetivo son las personas civiles no institucionalizadas que residen en Estados Unidos al momento de la entrevista. Se excluyen las personas en instituciones de cuidado a largo plazo; por ejemplo, hogares para ancianos, hospitales para enfermos crónicos o discapacitados físicos o mentales y salas para niños huérfanos u hogares para menores víctimas de maltrato, correccionales —cárceles o centros de detención juvenil y centros intermedios—, y ciudadanos estadounidenses en el extranjero. El personal de las Fuerzas Armadas en servicio activo también es excluido de la encuesta, excepto cuando un miembro de la familia es un civil elegible para la encuesta, por ejemplo, un niño cuyos padres son militares en servicio activo. En ese caso, los datos para estos miembros de las Fuerzas Armadas (371 personas en 2014) se recopilan e incluyen en todos los archivos relevantes para ayudar a cualquier análisis perteneciente a la familia, pero a estas personas en la ponderación se les da un peso final de cero para que las características del individuo no sean ponderadas cuando se realicen estimaciones nacionales. Por tanto, las estimaciones cubren sólo la población civil no institucionalizada. El muestreo y la entrevista para el NHIS son continuos durante todo el año. El diseño muestral es probabilístico y multietápico lo que permite el muestreo representativo de hogares.

El tamaño de muestra de la NHIS puede variar de un año a otro. Entre 2011-2014 se incrementó el número de encuestados en 32

estados y el Distrito de Columbia, con el propósito de obtener estimaciones más confiables en el nivel estatal. En el año 2014 se encuestaron 44 552 hogares que contienen 112 053 personas y 45 597 familias. El número de niños en la muestra fue 13 380 y los adultos 36 697. La tasa de respuesta total del hogar fue del 73.8%. Debido a que algunos problemas de salud son diferentes entre niños y adultos, en cada hogar se seleccionó un adulto (en la mayoría de los estados de 18 años y más) que proporcionó información sobre el hogar y un niño a quienes se les aplicaron cuestionarios diferentes; en ambos se recaba información general sobre el estado de salud, uso de servicios y conductas con respecto a la salud. La población afroestadounidense e hispana se encuentra sobrerrepresentada en la muestra. Para propósitos del presente análisis no es posible diferenciar a los inmigrantes documentados e indocumentados debido a que la encuesta no proporciona esta información (NHIS, 2014).

POBLACIÓN OBJETIVO

El análisis está dirigido a las comparaciones entre grupos étnicos blancos no hispanos, afroestadounidenses, nativos de origen hispano, ciudadanos e inmigrantes latinoamericanos y caribeños. Para clasificar a las poblaciones se utilizan los conceptos de etnia e hispano. El primero, para hacer referencia a un conjunto de personas que comparten ciertos rasgos culturales con los cuales se construye su identidad como grupo como son la lengua, la religión y las costumbres. De acuerdo con Oboler (2013), el término hispano fue creado por el gobierno de Estados Unidos en 1977, en el contexto de las demandas derivadas principalmente del movimiento civil por la integración social y económica de los afroestadounidenses. En este año la Office of Management and Budget, con el propósito de comprobar el grado de integración social de esta población, producto de las acciones implementadas en el marco de la “acción afirmativa”, emite las categorías de “blancos europeos”, “asiáticos”, “negros o afroamericanos”, “indígenas” e “hispanos”. Esta última incluye a

las personas que nacieron en países de América Latina y el Caribe o España y a descendientes de por lo menos una persona nacida en la región latinoamericana o en el mencionado país del viejo continente (Oboler, 2013). Para la autora, el término va más allá de ser una simple clasificación con propósitos estadísticos, como generalmente se usa, pues se crea en el contexto histórico de relaciones raciales de ese país, además, es una apelación abierta a la no pertenencia, ser hispano o ser latino significa no ser estadounidense. En concreto, los datos que se recogen en las encuestas oficiales de Estados Unidos incorporan esta categoría, por lo que, generalmente los investigadores interesados en estas poblaciones se ven en la necesidad de usarla. Pero además por tratarse de categorías de diferenciación social son indispensables para analizar las distintas formas de desigualdad presentes en la sociedad estadounidense.

Como este capítulo busca conocer el nivel de Malestar Psicológico No Específico en particular en poblaciones latinoamericanas en Estados Unidos, es imposible crearnos una idea en torno a las mismas sin saber qué pasa en el contexto nacional. Por lo que es indispensable contar, por lo menos, con un grupo de referencia, que, en los estudios de inmigración en Estados Unidos, por lo general, suele ser la población nativa —una discusión sobre el uso de este grupo de referencia fue dada en el capítulo I y se retomará en las conclusiones del libro. Por tanto, en este análisis se incluye a la población latinoamericana o de origen hispano —los mexicoamericanos, los inmigrantes mexicanos, los puertorriqueños, los cubanos, los dominicanos y otros inmigrantes de América Latina y el Caribe —de forma agrupada—, los afroestadounidenses y la población nativa blanca no hispana, la cual se usa como categoría de referencia.

Antecedentes generales

Es ampliamente conocido que la inmigración latinoamericana a Estados Unidos se ha originado por causas muy diversas: las diferencias salariales entre los países; la demanda laboral; el crecimiento

demográfico y la escasez de empleos en los países de la región; las crisis económicas en los años ochenta, la inversión extranjera directa de países desarrollados y los procesos de reestructuración económica en países de América Latina y el Caribe; así como la violencia social y política que vivieron varios países de la región; los cambios en las leyes migratorias de Estados Unidos y los proyectos de desarrollo familiar e individual, entre otros (Pellegrino, 2001; Villa y Martínez, 2004).

La migración mexicana es el mejor ejemplo de un fenómeno que reúne claramente y en diversos momentos los factores antes mencionados. Se trata de un movimiento poblacional que durante más de un siglo se ha dirigido fundamentalmente a Estados Unidos. En la actualidad constituye el grupo de inmigrantes más numeroso de ese país y comúnmente se ubica en una posición desventajosa en términos socioeconómicos frente a los nativos e incluso otros inmigrantes de América Latina y el Caribe (véase capítulo III). Los mexicoamericanos —hijos de mexicanos nacidos en EUA o segunda generación— en cambio, han logrado una mejor situación en términos socioeconómicos, pero nunca cercana a la de los nativos blancos no hispanos, y muy similar a la de los afroestadounidenses (Caicedo, 2010), quienes han vivido una larga historia de exclusión social. Diversas investigaciones (Farley y Alba, 2002; Fry y Lowell, 2002) centradas en el análisis de la adaptación de los hijos de nuevos inmigrantes —los que llegaron después de 1965— a la sociedad estadounidense, comparten la idea de que las segundas y las terceras generaciones de mexicanos y de la población hispana en general, logran una mejor posición en términos de inserción ocupacional e ingresos que los inmigrantes. Otros han hecho hincapié en las dificultades que estas poblaciones experimentan para integrarse a dicha sociedad, por ejemplo; Portes (2005) señala que la segunda generación de “inmigrantes” en Estados Unidos sufre procesos de discriminación y racismo en el mercado de trabajo y además está expuesta a elegir el camino de la drogadicción y el pandillaje, dado que “las posibilidades de las familias inmigrantes de llevar a sus hijos al proceso de adaptación esperado, dependen en buena parte

de los recursos sociales y económicos que posean y de los que sus comunidades puedan generar” (Portes, 2005: 15).

En el caso de los inmigrantes con un alto nivel de capital humano —empresarios y profesionales— pueden proteger a sus hijos y enfrentar estos desafíos con logros generalmente positivos, ya que cuentan con las posibilidades socioeconómicas para hacerlo. En palabras de Zhou (1997), los resultados de la adaptación de las segundas generaciones a la sociedad receptora varían de acuerdo con el contexto de inserción de los inmigrantes, es decir, de si los inmigrantes llegan a formar parte de una clase media establecida o si llegan a los ghettos de poblaciones pobres. La autora también destaca que el lugar de origen, el color de la piel, la lengua materna y la religión son factores centrales en este proceso (Zhou 1997: 976).

La migración masiva de puertorriqueños a la Unión Americana ha sido motivada por razones socioeconómicas. Los primeros asentamientos de puertorriqueños en dicho país se registran desde finales del siglo XIX, vinculados fundamentalmente a la causa independentista de la Isla y al exilio. A comienzos del siglo XX una cantidad importante de puertorriqueños emigraron a Hawaii con el propósito de insertarse al mercado de trabajo. A mediados de siglo, esta población había logrado ubicarse en ocupaciones agrícolas, de la industria manufactura y en ocupaciones poco calificadas del sector de servicios. Con el otorgamiento de la ciudadanía a los puertorriqueños en 1917, se hizo mayor el flujo de personas a Estados Unidos en busca de trabajo. Dicho circuito ha sido ampliamente documentado y como se verá también en el siguiente apartado, los puertorriqueños se ubican en la base de la estructura socioeconómica de Estados Unidos (Lugo y Marrero, 2016).

La migración cubana a Estados Unidos presenta un perfil socioeconómico muy distinto al que se observa en el caso de los mexicanos. Aunque el flujo de cubanos a dicho país ha conformado un *stock* muy diverso, en su conjunto, éstos tienden a ubicarse en un mejor nivel ocupacional y de ingresos que los inmigrantes mexicanos. Si bien, la emigración cubana a Estados Unidos ha existido desde hace mucho tiempo atrás, gracias a la cercanía geográfica, el flujo contem-

poráneo masivo de inmigrantes se podría decir que ocurrió en varias etapas. Una inicial durante la década de 1930, cuando con el mandato de Machado, muchos cubanos fueron enviados al exilio. La siguiente se puede ubicar en la década 1950, durante la dictadura de Batista, donde muchos isleños inconformes con el gobierno dictatorial fueron obligados a salir de Cuba. Otro flujo importante a Estados Unidos se dio con el triunfo de la revolución cubana y se orilló al exilio a personas que anteriormente habían estado en el poder y que no simpatizaban con el nuevo gobierno. Como consecuencia, las salidas de Cuba durante estos periodos tuvieron en buena medida un fuerte contenido político. Muchos de los inmigrantes cubanos han recibido el estatus de refugiados y exiliados.³

Durante los años ochenta se dio la salida masiva de personas de la isla que tenían problemas políticos, sociales y jurídicos, pero también personas que buscaban mejor oportunidad laboral. Desde puerto Mariel salió una cantidad importante de población, en su mayoría de sectores populares urbanos que, aunque tuvieron como destino distintos países, terminaron llegando al sur de Florida (Cardoso, 1998, Buajasán y Méndez, 2005; Caicedo, 2010). Es importante señalar que un aspecto que marca la diferencia en la integración de la población cubana frente a otros grupos es la ley de ajuste cubano de 1966, la cual le permitió a más de medio millón de cubanos alcanzar el estatus de refugiado político (López, 1998; Barragán, 2000).

El otro grupo de inmigrantes caribeños que se observa en este análisis es de los dominicanos. Esta inmigración ha sido motivada por la interrelación de factores sociales, políticos y económicos como son la pobreza y las limitadas posibilidades de empleo. Como en la mayoría las corrientes migratorias con destino a este país, estas características han dado lugar a la conformación de un *stock* de inmigrantes diverso, aunque predominan las personas con bajos niveles de escolaridad y perfil ocupacional escaso. Ello explica la conformación de

³ En 1966 se aprobó la ley de ajuste cubano, la cual le ha permitido a más de medio millón de cubanos alcanzar el estatus de refugiado político (López, 1998, Barragán, 2000, Brismat, 2016), aspecto que sin duda jugó un papel central en el proceso de integración económica de los cubanos en Estados Unidos.

enclaves étnicos dominicanos muy distintos en términos de desarrollo social y económico como los de Miami y Washington Heights (Guarnaccia, Martínez y Acosta, 2005). (Una descripción más detallada de esta inmigración se presenta en el capítulo III).

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN

De acuerdo con la NHIS en 2014 había aproximadamente 313 090 247 habitantes en Estados Unidos, de los cuales 51.2% eran mujeres. Entre esta población, el 60.0% son nativos blancos no hispanos —población nacida Estados Unidos que se auto-define como blanca y que no se adscribe al origen latinoamericano o caribeño—, el 11.4% afroestadounidenses, el 7.0% mexicoamericanos, el 4.0% son inmigrantes mexicanos y los puertorriqueños, cubanos dominicanos y demás población de origen hispano constituyeron el 3.0%, el porcentaje restante lo conforma población de otros orígenes. En el cuadro 2.1 se presentan los tamaños de población, los tamaños muestra y algunas características generales de esta población.⁴

La edad media de la población estadounidense es de 38 años, pero se encuentran diferencias importantes por grupo étnico. Por ejemplo, los mexicoamericanos, cuentan con una edad media de 22 años, los afroestadounidense de 34 años, los inmigrantes mexicanos 41 años, los puertorriqueños 48 y los cubanos 51 años. En general, el 63.3% de la población se encuentra entre 18 y 65 años; de éstos, el 52.5% son personas unidas —casadas o en unión libre—, el 15.6% separadas, divorciadas o viudas y el porcentaje restante (31.9%) nunca han estado unidas. Los inmigrantes mexicanos, la población agrupada en la categoría “otros hispanos” y la población nativa blanca no hispana, tienen las mayores tasas de unión (64.3%, 58.1% y 55.6%, respectivamente), mientras que entre los afroestadounidenses, la mayor parte de la población es soltera o nunca unida (69.3%).

⁴ Aunque la definición puntual del término hispano abarca a toda la población de América Latina y el Caribe, y a los españoles, en este capítulo se excluye a estos últimos.

Entre los puertorriqueños el 50.4% son personas unidas, el 23.3% alguna vez estuvieron unidas y el 27.9% son solteras o nunca unidas. Los mexicanoamericanos, pese a que cuentan con una edad media bastante baja, tienen tasas de unión muy por encima de la observada entre el grupo afroestadounidense (véase cuadro 2.1).

La escolaridad, en este análisis se dividió en tres grandes categorías: estudios inferiores al nivel de preparatoria —*high school*—, preparatoria con diploma y estudios superiores en el nivel de preparatoria. El 12.3% de la población total del país (entre 18 y 65 años), tiene estudios hasta el nivel de preparatoria sin diploma, el 57.1% cuenta con el nivel de preparatoria con diploma y el 30.6% ha realizado estudios de licenciatura o más. También en este aspecto se observan diferencias importantes entre los grupos; los nativos blancos no hispanos cuentan los porcentajes más elevados de población con estudios superiores en el nivel de preparatoria (34.5%), mientras que los afroestadounidenses y los cubanos en esta categoría de estudios sólo llega al 19.0%, así como de los demás grupos observados, con porcentajes aun más bajos. Por ejemplo, el porcentaje de mexicanoamericanos es 12.8%, pero en parte se puede deber a la corta edad de buena parte de la población. Los inmigrantes mexicanos son quienes se ubican en los niveles más bajos de escolaridad, seguidos de los puertorriqueños y los inmigrantes dominicanos.

Se analiza también el umbral de pobreza, mismo que se calcula con base en los criterios establecidos por la oficina del Censo de Estados Unidos. El nivel de pobreza se asigna a cada miembro de una familia, también se calcula para las personas que viven solas o con personas con las que tienen una relación de parentesco, en tales casos, la pobreza se calcula sobre la base del ingreso del individuo. La variable se construye con base en el ingreso familiar total y el tamaño de la familia, el número de personas menores de edad y el número de personas adultas mayores de 65 años. El indicador se elabora con información detallada de los ingresos de cada individuo y se considera la estructura familiar (Ruggles, Genadek, Goeken *et al.*, 2017).

En Estados Unidos el 14.8% de la población entre 18 y 65 años vive por debajo de la línea de pobreza. Como era de esperarse, este

<i>Escolaridad</i>									
Inferior a la preparatoria	7.2	13.3	14.3	57.7	25.2	15.9	37.2	34.5	
Preparatoria con diploma o su equivalente	58.3	67.7	73.0	36.6	63.1	65.0	48.9	47.2	
Superior a la preparatoria	34.5	19.0	12.8	5.7	11.7	19.0	13.9	18.3	
<i>Total</i>	<i>100</i>								
<i>Nivel de pobreza</i>									
Arriba de la línea de pobreza	89.7	73.4	84.6	70.1	69.5	74.7	61.5	80.7	
Debajo de la línea de pobreza	10.3	26.6	15.4	29.9	30.5	25.3	38.5	19.3	
<i>Total</i>	<i>100</i>								
<i>Ingresos anuales</i>									
01-19 999	25.0	36.8	37.1	42.1	38.8	37.7	54.7	34.5	
20,000-54 999	42.9	45.8	47.4	50.6	42.6	48.5	42.9	52.6	
55 000 y más	32.2	17.4	15.5	7.3	18.6	13.8	2.4	12.9	
<i>Total</i>	<i>100</i>								
<i>PEA</i>									
Empleados	77.1	72.6	76.4	73.5	64.3	81.7	70.1	79.5	
Desempleados	5.1	13.5	8.2	5.4	8.4	5.3	9.6	5.8	

Fuente: Cálculos propios con base en NHIS -2014.

^A Para el análisis de las distribuciones porcentuales se realizaron pruebas Pearson Chi-Square, con nivel de confianza de 95%. Se pudo constatar que las diferencias de proporciones son estadísticamente significativas.

indicador muestra diferencias muy marcadas entre la población nativa blanca no hispana y los inmigrantes latinoamericanos. El 10.3% de los nativos blancos no hispanos se ubican en esta condición, y la cantidad de afroestadounidenses en condiciones de pobreza es casi tres veces mayor a este valor. Entre los puertorriqueños y demás inmigrantes —excepto los “otros hispanos”—, los porcentajes de personas que se ubican por debajo de la línea de pobreza son considerablemente altos, llaman la atención los casos de dominicanos (38.5%), puertorriqueños (30.5%) y mexicanos (29.9%).

En materia laboral se puede dar cuenta de algunos indicadores que reflejan abiertas diferencias entre inmigrantes y nativos blancos no hispanos. La tasa de participación de la población entre 18-65 años edad es de 76.2% y el desempleo se ubica en 6.2%. Las diferencias entre los grupos ubican a los cubanos y a los nativos blancos no hispanos en el mayor nivel de participación económica (81.7% y 77.1%, respectivamente). En el nivel más bajo se encuentran los puertorriqueños con una tasa de 64.3%. El desempleo también marca diferencias importantes entre los grupos, la tasa para los nativos blancos no hispanos es de 5.1% y los afroestadounidenses presentan una tasa dos veces mayor a ésta (13.5%). Los dominicanos y los mexicoamericanos también tienen niveles de desempleo muy elevados (9.6% y 8.4%, respectivamente).

En lo que respecta a los ingresos, el 28.4% de la población total en el rango de edades mencionado, percibe ingresos totales anuales por sueldos y salarios inferiores a 20 000 dólares, el porcentaje restante obtiene ingresos iguales o superiores a este valor. Tal y como se ha venido observando, en este aspecto también están presentes las diferencias entre los grupos étnicos y los nativos blancos no hispanos. El 25.0% de la población nativa blanca no hispana se ubica en este nivel de ingresos, mientras que el 54.7% de los inmigrantes dominicanos, el 42.1% de los inmigrantes mexicanos y el 35.1% de los afroestadounidenses obtiene estos ingresos anuales.⁵

⁵ Se sugiere leer con cuidado este indicador de ingresos, puesto que las variables presentan valores no especificados superiores al 10.0%.

MALESTAR PSICOLÓGICO NO ESPECÍFICO,
SEGÚN GRUPOS ÉTNICOS

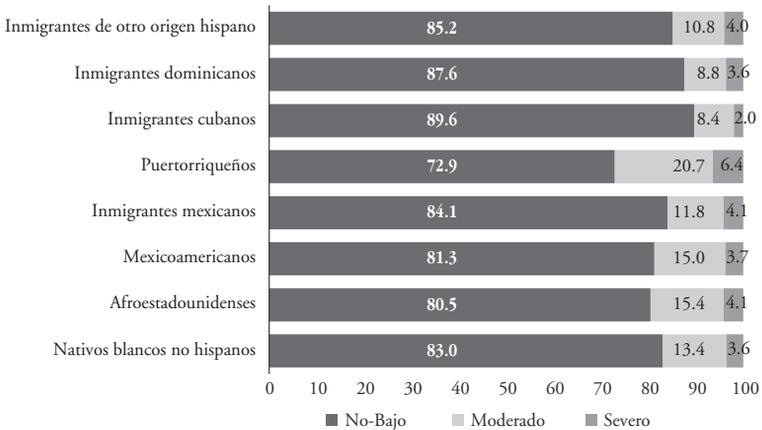
En la gráfica 2.1, con base en los puntos de corte de la escala de Kessler-6 propuestos por Prochaska *et al.* (2012), se presenta la distribución porcentual de inmigrantes latinoamericanos y nativos, según nivel de Malestar Psicológico No Específico en 2014. Los puntos de corte empleados por los autores son: 0-5 bajo riesgo de desarrollar una MPNE, 6-12 riesgo moderado y valores por encima de los 12 puntos implica un riesgo alto de desarrollar una TPN severa. Estas mediciones fueron validadas en distintos grupos étnicos en Estados Unidos, entre ellos, la población de origen latinoamericano. Otros autores también han propuesto una redefinición de la escala K-6, distinta de la dicotomía planteada inicialmente ($K6 \leq 13$ y $K6 > 12$) que indica el riesgo y no riesgo de desarrollar una MPNE severo. Furukawa *et al.* (2003) y Furukawa, Kawakami, Saitoh, *et al.* (2008) han propuesto la construcción de varios estratos para obtener mediciones menos polarizadas, mismas que han sido usadas en población japonesa.

En la gráfica 2.1 se pueden observar las diferencias por lugar de origen en el riesgo de desarrollar un MPNE, los puertorriqueños son quienes tienen los porcentajes más altos en los estratos moderado y severo (20.2% y 6.4%, respectivamente), le siguen los afroestadounidenses con valores 15.4% y 4.1% y los mexicoamericanos con 15.0% y 3.7% en los estratos mencionados. Los inmigrantes cubanos, los dominicanos, los inmigrantes mexicanos y los nativos blancos no hispanos son quienes se encuentran en mejor situación, pues presentan porcentajes de MPNE moderado o severo bastante inferiores a los de los demás grupos.

Como se mencionó en el capítulo I, diversos estudios han subrayado las ventajas de los inmigrantes latinoamericanos en materia de salud física y mental —en el riesgo de desarrollar algunas enfermedades (Thomson, Nuru-Jeter, Richardson *et al.*, 2013). Markides y Coreil (1986) en un análisis de diferentes indicadores de salud —mortalidad infantil y en otras edades, esperanza de vida, cáncer y enfermedades cardiovasculares— en población de origen hispano en el sureste de

Estados Unidos, encontraron que su estado de salud era similar al de los blancos no hispanos, pese a que las condiciones socioeconómicas eran parecidas a las de los afroestadounidenses. A esta situación los autores le llamaron “paradoja epidemiológica latina o hispana” y lo atribuyen a las prácticas culturales, al soporte familiar y a la selectividad de la migración, entre otros. También encontraron que en enfermedades como diabetes y otras infecciosas y parasitarias los hispanos registran tasas más altas que los blancos no hispanos. Estudios recientes en lo que respecta a la salud mental (Alegría, Chatterji, Wells *et al.*, 2008; Aguilar-Gaxiola, Kramer, Resendez *et al.*, 2008), también corroboran las ventajas de los inmigrantes latinoamericanos.

GRÁFICA 2.1
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN, SEGÚN GRUPO ÉTNICO Y MPNE. ESTADOS UNIDOS, 2014



Fuente: Cálculos propios, con base en NHIS-2014. IPUMS.

*Para el análisis de las distribuciones porcentuales se realizaron pruebas Pearson Chi-Square, con nivel de confianza de 95%. Se pudo constatar que las diferencias de proporciones son estadísticamente significativas.

De acuerdo con Palloni y Morenno (2001), el concepto “paradoja hispana” encierra gran ambigüedad, porque no se refiere a un grupo o situación específica, hace referencia a la mortalidad infantil, la mortalidad en adultos, el peso al nacer y la salud en adultos; alude a los inmigrantes mexicanos, los inmigrantes latinoamericanos —excepto

puertorriqueños— y a las personas de apellido español que viven en Estados Unidos, pero que nacieron en otro país. Además, se considera como grupo de comparación a los nativos blancos no hispanos y afroestadounidenses. Otros autores (Acevedo-García y Bates, 2008), agregan que las ventajas en morbi-mortalidad no son exclusivas de los latinoamericanos, puesto que se ha observado que en distintos grupos étnicos los inmigrantes tienen mejores niveles de salud que sus contrapartes nacidas en Estados Unidos. Además, como se mencionó, la salud mental de los puertorriqueños no constituye una paradoja (Alegría *et al.*, 2008). Al parecer, estas ventajas comparativas de los latinoamericanos pueden presentarse en otros grupos de inmigrantes y en contextos migratorios distintos al estadounidense, por ejemplo; Constant, García-Muñoz, Neuman *et al.* (2018) en su análisis sobre la selección en salud migratoria (Healthy Immigrant Effect) en Israel y Europa, encontraron que en el caso de los inmigrantes que llegan a distintos países de Europa —escandinavos, Europa central, oriental y el sur— a su arribo cuentan con mejor salud que la población nativa, pero después de 11 años de vivir en estos países sus niveles de salud son similares a los de la población nativa. Mientras que quienes llegan a Israel presentan peor salud que la población nativa y después de 20 años de vivir en el país sus niveles de salud se tornan similares a los de la población nativa.

En el caso estadounidense se puede decir que no existe razón única que explique las diferencias observadas en materia de salud mental entre nativos e inmigrantes latinoamericanos. Las explicaciones han abundado, en términos generales, se ha señalado que factores como la cercanía y el apoyo familiar (Aguilar-Gaxiola *et al.*, 2008) hacen que los inmigrantes latinoamericanos puedan mitigar las adversidades que impone vivir en una sociedad diferente y en cierta medida proteger su salud mental. A la vez se ha argumentado que estos factores protectores están presentes tanto en los latinoamericanos como en otras minorías étnicas en dicho país (Mendelson, Kubzansky, Datta *et al.*, 2008).

También se ha señalado que los inmigrantes latinoamericanos tienden a ser más resilientes, es decir, a desarrollar cierta capacidad de hacer frente a las situaciones de riesgo y obtener resultados positivos

(Luthar y Cicchetti, 2000). Autores como Berger y Thompson (2010) sugieren que en esto tienen que ver aspectos individuales, familiares, culturales y comunitarios, incluso hacen referencia a investigaciones que han comprobado que los hijos de inmigrantes latinos parecen ser muy resistentes ante situaciones adversas. Contrario a lo que generalmente se sabe de las segundas generaciones de latinoamericanos y caribeños en Estados Unidos, que en comparación con sus padres, tienden a presentar probabilidades más altas de desarrollar enfermedades mentales (Burnam, Hough, Karno *et al.*, 1987).

Sin la intención de caer en generalizaciones en torno a la salud mental de la población estadounidense, y teniendo presente el carácter multifactorial de las enfermedades mentales, además, plenamente conscientes de las limitaciones metodológicas para realizar un análisis exhaustivo de la salud mental de la población nativa e inmigrantes en Estados Unidos, ajustamos un modelo de regresión binomial negativa —en el Programa Stata— con el propósito de establecer si existe alguna relación entre la situación socioeconómica y el malestar psicológico en la población estadounidense. Decidimos aplicar este modelo porque la variable dependiente presenta una importante dispersión de los datos y en la mayoría de los casos asume valores muy bajos incluido el cero. Lo ideal sería la aplicación de un modelo de Poisson, pero como es sabido, éste incorpora un grado de heterogeneidad no observada que puede afectar la interpretación de los resultados. Sin embargo, esta situación puede subsanarse a través de la aplicación de una regresión binomial negativa (Cameron y Trivedi, 2005).

El modelo incluye a la población estadounidense —entre 18 y 65 años— objeto de este análisis —nativos blancos no hispanos, afroestadounidenses, mexicoamericanos, inmigrantes mexicanos, puertorriqueños, inmigrantes cubanos, dominicanos y otros de América Latina y el Caribe. Se utilizó como variable dependiente dicotómica, las Malestar Psicológico No Específico —MPNE—, construida a partir de escala de Kessler-6. Con base en los puntos de corte empleados por Kessler *et al.* (2010) para establecer la probabilidad de desarrollar una MPNE severa se construyó la variable dependiente continua con valores entre 0 y 24.

Como variables explicativas se incluyeron la edad continua y la edad al cuadrado —en forma continua—; como dicotómicas se agregaron el estado civil, puesto que parte de la bibliografía revisada ha señalado la mayor propensión de las personas viudas, divorciadas, separadas y solteras a experimentar mayor malestar psicológico, en comparación con las unidas (Caicedo y Van Gameren, 2016). Las tres categorías en que se presenta la variable son las siguientes: unidos —personas casadas o en unión libre—, alguna vez unidos —viudos, divorciadas y separadas—; la escolaridad se presenta como indicador del nivel socioeconómico en cuatro categorías: personas sin escolaridad y hasta quinto grado de primaria, personas con sexto grado y hasta preparatoria sin título, personas que alcanzaron el nivel de preparatoria y obtuvieron el título y las personas que cuentan con estudios superiores a este nivel. Se incluyó además la variable nivel de pobreza en dos categorías: por encima del nivel de pobreza y por debajo de dicho nivel.

Se añadió la variable, condición, de actividad en las categorías: empleados, aquellas personas que realizaron algún trabajo remunerado durante la semana de referencia; desempleados definidos como las personas que durante la semana de referencia no tenían un empleo, estaban buscando trabajo y contaban con la posibilidad de incorporarse a trabajar en el momento que consiguieran un empleo; y los inactivos son las personas en edad de trabajar que en la semana de referencia no trabajaron ni buscaron un empleo ni estaban disponibles para trabajar. En esta categoría entran estudiantes, amas de casa —no remuneradas— y jubilados. Todas las variables socioeconómicas fueron incluidas bajo el supuesto de que la situación socioeconómica más precaria tiene efectos negativos en la salud mental de la población.⁶ Se incluyó la variable origen étnico con

⁶ El censo de población y vivienda de Estados Unidos define como desempleados a la población que durante la semana de referencia —una semana previa a la aplicación de la encuesta o censo no tuvo un trabajo remunerado y durante las cuatro semanas anteriores a la aplicación del censo estuvo buscando un empleo y contaba con disponibilidad de empezar a trabajar en cualquier momento—. También se incluye a las personas que no trabajaron durante toda la semana de referencia, fueron suspendidos temporalmente de su trabajo y cuentan con la posibilidad de empezar a trabajar durante los próximos seis

siete categorías: nativos blancos no hispanos, afroestadounidenses, mexicoamericanos —hijos de inmigrantes mexicanos nacidos en Estados Unidos—, puertorriqueños, inmigrantes mexicanos, cubanos, inmigrantes dominicanos y en la categoría “otros” se sumó al resto de la población de origen hispano. En todos los casos, la primera categoría de las variables dicotómicas se utilizó como referencia.

En el cuadro 2.2 se presentan los coeficientes del modelo. Tal y como lo han mostrado otras investigaciones (Pratt y Brody, 2008; Strine *et al.*, 2008), en este caso el hecho de ser mujer incrementa la

CUADRO 2.2
MODELO DE REGRESIÓN BINOMIAL NEGATIVA,
ESTADOS UNIDOS, 2014

<i>Variables explicativas</i>	<i>Coefficientes y errores estándar</i>
Edad	0.055*** (0.006)
Edad 2	-0.001*** (0.000)
Sexo	0.190*** (0.022)
Alguna vez unidos	0.393*** (0.028)
Nunca unidos	0.302*** (0.029)
Preparatoria sin diploma	0.012 (0.093)
Preparatoria con diploma	-0.141 (0.093)

meses o tenían una fecha específica para iniciar un empleo y estaban disponibles para hacerlo durante la semana de referencia (Caicedo, 2010). Es preciso mencionar que trabajamos con información de una encuesta no especializada en recabar información laboral, por tanto, aunque se trata de una fuente rigurosa, puede haber discrepancias con los datos arrojados por la encuesta especializada en recabar información laboral en Estados Unidos: Current Population Survey.

En una investigación previa, Caicedo y Van Gameren (2016), con la misma fuente de datos, analizaron la relación entre desempleo y salud mental, y encontraron que no hay endogeneidad en la misma.

<i>Variables explicativas</i>	<i>Coefficientes y errores estándar</i>
Superior a la preparatoria	-0.195** (0.093)
Desempleados	0.512*** (0.049)
Inactivos	0.485*** (0.027)
Debajo del umbral de pobreza	0.296*** (0.029)
Afroestadounidenses	-0.163*** (0.032)
Mexicoamericanos	-0.023 (0.046)
Inmigrantes mexicanos	-0.288*** (0.046)
Puertorriqueños	0.002 (0.117)
Inmigrantes cubanos	-0.703*** (0.139)
Dominicanos	-0.369** (0.150)
Otro origen hispano	-0.226*** (0.065)
Constante	-0.357*** (0.157)
L _{alpha}	0.767*** (0.014)
Observaciones	22 680
Loglik	-46 576

Fuente: Elaboración propia, con base en NHIS-2014.

Errores estándar en paréntesis.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.10

probabilidad de tener una puntuación alta en la escala de Kessler-6. Al controlar por situación conyugal, se pudo constatar que ser viudo, divorciado o separado —alguna vez unido— y ser soltero, aumenta la probabilidad de obtener una puntuación alta en K-6. La

condición de desempleado e inactivo también aumenta la posibilidad de obtener puntuaciones altas en la escala de Kessler-6. Lo que confirma que no sólo el desempleo sino también la inactividad representa riesgos para la salud mental. Vivir por debajo del nivel de pobreza aumenta notablemente la probabilidad de alcanzar una puntuación alta en esta escala en comparación con las personas que se encuentran por encima del umbral de pobreza. Lo que confirma lo antes observado desde la epidemiología psiquiátrica y la sociología (Dohrenwend y Dohrenwend, 1982; Kessler, McRae, 1982a; Belle, 1990; Livingston *et al.*, 1991; Fryers, Melzer y Jenkins, 2003; Ortiz-Hernández, López-Moreno y G. Borges, 2007; Thoits, 2010), las peores condiciones socioeconómicas favorecen la posibilidad de obtener puntuaciones altas en K-6.

Al controlar por grupo étnico se puede constatar que los afroestadounidenses, los inmigrantes mexicanos, los inmigrantes cubanos, los dominicanos y los inmigrantes de otros países de la región revelan menor probabilidad de obtener una puntuación alta en K-6 en comparación con los nativos blancos, no hispanos. Estos resultados están en consonancia con los resultados de investigaciones citadas en este capítulo que dejan ver las ventajas de los inmigrantes latinoamericanos en materia de salud mental. En los casos de los mexicanoamericanos y los puertorriqueños no obtuvimos suficiente significancia estadística para dar cuenta de esta relación, tampoco podremos decir algo de la relación entre escolaridad y K-6 porque no contamos con significancia estadística.

Con el propósito de observar el comportamiento de cada una de estas variables al interior de cada grupo, ajustamos una regresión binomial negativa para cada grupo étnico con población entre los 18 y 65 años edad (véase cuadro 2.3). En el caso de los nativos blancos no hispanos se observa una tendencia similar a la reportada en el modelo de la población total, las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres de obtener puntuaciones altas en K-6. La condición de desempleado e inactivo también implica mayores puntuaciones en la escala, en comparación con las personas que se

encuentran empleadas. Asimismo, para quienes se encuentran por debajo de la línea de pobreza, la probabilidad de obtener puntuaciones altas en K-6 es mayor que para las personas que se encuentran por encima del nivel de pobreza. Entre los afroestadounidenses se aprecia la misma tendencia. Como se puede observar en el cuadro 2.3, todos los coeficientes de las variables incluidas en el modelo revelan alta significancia estadística, excepto en el caso de la escolaridad. En los modelos ajustados para mexicoamericanos, puertorriqueños y los demás inmigrantes se observan tendencias similares, aunque no en todos se obtuvo significancia estadística.

Es importante mencionar que la relación entre la variable dependiente y la variable condición de actividad es negativa en todos los casos. Estar desempleado o ser inactivo implica puntuaciones altas en la escala de Kessler K-6. Asimismo, en los casos de nativos blancos no hispanos, afroestadounidenses, mexicoamericanos, puertorriqueños e inmigrantes mexicanos se obtuvieron altas significancias estadísticas en los coeficientes asociados a la variable “nivel pobreza”. Cuando las personas se ubican por debajo del nivel de pobreza, la probabilidad de obtener valores altos de la escala de Kessler K-6 es mayor. Dicho en otras palabras, la probabilidad de desarrollar un MPNE severa es mayor para las personas desempleadas o inactivas que viven por debajo del nivel de pobreza, este resultado es indistinto del nivel de origen o grupo étnico de la población. Lo que respalda nuestra posición en torno a la necesidad de observar la salud mental de los inmigrantes y establecer comparaciones al interior del mismo grupo. Las comparaciones entre inmigrantes y nativos blancos no hispanos lo único que hacen es ocultar la realidad de un problema complejo que tiene que ver con la desigualdad social. Dicho de otra manera, la pobreza, el desempleo y la inactividad son tan nocivas para la salud mental de un nativo blanco no hispano como de un inmigrante.

CUADRO 2.3
 MODELO DE REGRESIÓN BINOMIAL NEGATIVA POR GRUPO ÉTNICO,
 ESTADOS UNIDOS, 2014

<i>Variables explicativas</i>	<i>Nativos blancos no hispanos</i>	<i>Afro- estadounidenses</i>	<i>Mexico- americanos</i>	<i>Inmigrantes mexicanos</i>	<i>Puertorriqueños</i>	<i>Inmigrantes cubanos</i>	<i>Inmigrantes dominicanos</i>	<i>Otros inmigrantes de la región</i>
Edad	0.062*** (0.007)	0.053*** (0.016)	0.041 (0.025)	-0.002 (0.028)	0.122* (0.067)	0.145 (0.138)	-0.183* (0.093)	0.006 (0.051)
Edad 2	-0.001*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	-0.002** (0.001)	-0.001 (0.002)	0.002** (0.001)	-0.000 (0.001)
Sexo	0.190*** (0.025)	0.192*** (0.063)	0.131 (0.097)	0.377*** (0.097)	-0.008 (0.252)	-0.482 (0.452)	0.204 (0.353)	0.277* (0.153)
Alguna vez unidos	0.412*** (0.032)	0.236*** (0.089)	0.289** (0.133)	0.218* (0.126)	0.288 (0.285)	0.328 (0.547)	1.047** (0.445)	0.655*** (0.212)
Nunca unidos	0.318*** (0.034)	0.228*** (0.083)	0.225* (0.126)	0.199* (0.120)	0.074 (0.287)	-0.209 (0.585)	-0.145 (0.445)	0.445** (0.184)
Preparatoria sin diploma	0.532** (0.242)	0.485 (0.436)	-0.162 (0.515)	-0.252 (0.157)	0.012 (0.682)	0.111 (1.509)	0.596 (0.771)	0.172 (0.267)
Preparatoria con diploma	0.334 (0.239)	0.201 (0.433)	-0.116 (0.510)	-0.303* (0.172)	-0.333 (0.681)	-0.832 (1.497)	-0.223 (0.820)	-0.021 (0.286)

Superior a la preparatoria	0.240 (0.239)	0.226 (0.432)	-0.065 (0.509)	-0.121 (0.179)	-0.321 (0.698)	-0.436 (1.484)	-0.311 (0.728)	-0.080 (0.262)
Desempleados	0.551*** (0.061)	0.422*** (0.109)	0.396** (0.201)	0.552** (0.218)	0.216 (0.441)	-0.014 (1.043)	0.858 (0.878)	0.527 (0.325)
Inactivos	0.496*** (0.032)	0.547*** (0.076)	0.395*** (0.120)	0.174 (0.114)	0.436* (0.254)	0.254 (0.585)	0.096 (0.472)	0.585*** (0.196)
Debajo del umbral de pobreza	0.349*** (0.037)	0.228*** (0.072)	0.416*** (0.124)	0.234** (0.102)	0.688*** (0.250)	0.515 (0.560)	-0.325 (0.388)	-0.042 (0.182)
Constante	-0.939*** (0.279)	-0.730 (0.541)	-0.308 (0.712)	0.441 (0.616)	-1.292 (1.410)	-2.758 (3.209)	3.576* (2.170)	0.156 (1.096)
Lnalpha	0.632*** (0.017)	0.961*** (0.036)	0.916*** (0.056)	1.117*** (0.051)	0.595*** (0.154)	1.607*** (0.206)	0.787*** (0.216)	1.151*** (0.081)
Observaciones	15 210	3 297	1 337	1 700	182	153	118	683
Loglik	-31 555	-6 789	-2 753	-3 201	-426.7	-208.7	-214.3	-1 267

Fuente: Elaboración propia, con base en NHIS-2014.

Errores estándar en paréntesis.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.10

CONCLUSIONES

En este capítulo observamos los niveles de MPNE en inmigrantes de América Latina y el Caribe y nativos blancos no hispanos y tratamos de encontrar algunas variables que nos ayuden a explicar la posibilidad de desarrollar un MPNE severo. Obtuvimos, como lo han mostrado investigaciones previas citadas en este capítulo, que, en términos generales, los inmigrantes de la región se ubican en mayor medida en niveles bajos de la escala de Kessler k-6, pero hay diferencias de acuerdo con el lugar de origen, mientras los valores obtenidos en K-6 para los inmigrantes cubanos son notablemente más bajos que los de los nativos blancos no hispanos, los puertorriqueños se ubican en los valores más altos de la escala, incluso muy por encima de los nativos blancos no hispanos. Las diferencias entre los niveles de MPNE entre inmigrantes mexicanos y los nativos blancos no hispanos son mínimas. Un resultado importante fue constatar que, en términos relativos, los afroestadounidenses y la mayoría de los inmigrantes tiene mayor riesgo de desarrollar una MPNE severa que los nativos blancos no hispanos.

El análisis realizado nos permite concluir que los aspectos socioeconómicos que determinan la presencia de MPNE en los nativos blancos no hispanos también actúan en distintos grupos de inmigrantes de América Latina y el Caribe. Lo que nos obliga a insistir, en que si bien existe una paradoja cuando se compara la salud mental de los inmigrantes latinoamericanos y caribeños con la de los nativos blancos no hispanos, en la medida en que estando en precarias condiciones socioeconómicas, los primeros tienen mejor salud mental que los últimos, pero cuando se observa al interior de cada grupo se constata la misma situación, las personas más pobres tienen peor salud mental que quienes cuentan con mejor situación socioeconómica. Esto refuerza lo planteado por la sociología, las enfermedades mentales se concentran en los niveles más bajos de la escala social.

Finalmente, retomaremos lo que hemos discutido en el capítulo I, esto es, la necesidad de repensar en los grupos de referencia a la hora

de comparar la salud mental de los inmigrantes, pues estamos de acuerdo en que una comparación más objetiva tendría que ser con sus connacionales de características similares en sus lugares de origen o al interior del mismo grupo de inmigrantes. Por lo que habría que preguntarnos hasta qué punto es relevante hablar de paradojas entre nativos e inmigrantes o plantearnos preguntas de investigación que nos permitan evidenciar el efecto de las desigualdades sociales en la salud mental de los inmigrantes y los diversos grupos sociales.

Capítulo III

Mexicanos, dominicanos y colombianos en Estados Unidos. Perfil sociodemográfico y salud mental

En la introducción de este libro se expusieron las razones por las cuales es necesario conocer más sobre las condiciones de empleo y la salud mental de los inmigrantes mexicanos, dominicanos y colombianos en Estados Unidos. Se señaló que en el caso mexicano la historicidad y el volumen de la migración dan lugar al estudio de problemáticas tan diversas como la que aquí observamos. En el caso de la migración dominicana, se ha constatado que presenta perfiles socioeconómicos similares a los de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos, sin embargo, se cuenta con menor información sobre los efectos que su inserción laboral pueden generar en la salud mental. Los inmigrantes colombianos, por el contrario, cuentan con mejores niveles de escolaridad, mayor dominio de la lengua inglesa y mejor inserción ocupacional. A pesar de tratarse de una inmigración más reciente, han logrado una situación socioeconómica mejor a la de los otros grupos. Como se observará a continuación, los contrastes entre estas poblaciones nos ayudarán a interpretar las diferencias en términos de Malestar Psicológico No Específico que analizaremos en el capítulo V.

Este capítulo, tiene como objetivo central, hacer un repaso de las características generales de la migración mexicana, dominicana y colombiana a Estados Unidos. El mismo cuenta con seis apartados: en los tres primeros se hace un breve recuento de lo que ha sido la migración mexicana, dominicana y colombiana hacia el vecino país del norte, enfatizando los principales factores que la han motivado.

En el cuarto, se presenta el perfil sociodemográfico y laboral de los tres grupos de inmigrantes y para lo cual se emplea información de la Encuesta de la Comunidad Americana (American Community Survey, ACS) del año 2014. En el quinto se presentan algunos antecedentes de la salud mental de los tres grupos y, en el sexto y último, se ofrece una síntesis y conclusiones.

LA INMIGRACIÓN MEXICANA

La migración mexicana se ha dirigido fundamentalmente hacia Estados Unidos y ha existido desde que cambió la frontera entre ambos países. A partir de entonces, ha ido evolucionando paralelamente con los procesos socioeconómicos y políticos que, desde finales del siglo XIX, se han producido en las dos naciones. Tanto la historia migratoria, como los 12 006 290 mexicanos que en la actualidad viven en la Unión Americana, hacen imperativo el análisis de las múltiples problemáticas que pueden tener lugar en el marco de este fenómeno migratorio. Aunque el *stock* de mexicanos creció de manera notoria después de las modificaciones realizadas a la ley de inmigración de 1965, el desplazamiento de personas hacia dicho país ha sido un fenómeno constante en la historia migratoria de México, desde que Estados Unidos se adicionó los estados de California, Arizona, Nuevo México y Texas en 1848. A los factores políticos que han determinado el flujo sostenido de mexicanos a este país, se suman los económicos y los sociales.

De acuerdo con Verduzco (1997), el reclutamiento de trabajadores registrado desde finales del siglo XIX, destinado a proveer de fuerza de trabajo el sector agrícola, la industria ferroviaria y de transformación en general ha sido uno de los factores que marcaron la emigración mexicana desde finales del siglo XIX y la primera mitad del XX. Según el autor, en las dos primeras décadas del siglo pasado, había un porcentaje importante de población mexicana inserta en el mercado laboral estadounidense (véase también, Caicedo, 2010). Además, la restricción impuesta a la inmigración china, japonesa y de otros países de Asia (a partir de 1882), así como la participa-

ción de Estados Unidos en la Primera Guerra Mundial (1914-1918) hicieron necesario recurrir a la inmigración mexicana para cubrir las necesidades de fuerza de trabajo en el sector agrícola de Estados Unidos (Verduzco, 1997). Massey, Durand y Malone (2002) señalan que entre 1890-1929, la inmigración mexicana estuvo determinada fundamentalmente por el reclutamiento de trabajadores agrícolas, particularmente del occidente mexicano —Guanajuato, Jalisco, Michoacán, San Luis Potosí y Zacatecas—. Esta inmigración estaba sujeta a una alta circularidad asociada a la dinámica de la producción agrícola.

Otros factores sociopolíticos y económicos acontecidos a comienzos del siglo pasado como la Revolución Mexicana (1910-1920), marcaron un nutrido movimiento de población hacia Estados Unidos, aunque también, en menor medida, los mexicanos buscaron refugio en Cuba y Guatemala. La crisis económica de la Gran Depresión iniciada en 1929 generó el movimiento de población en el sentido inverso, puesto que ocasionó el retorno de aproximadamente 347 mil mexicanos. Cuando Estados Unidos toma parte en la Segunda Guerra Mundial (1941) se registró una escasez de fuerza de trabajo en el sector agrícola, que le obliga a recurrir a México para proveerse de trabajadores. De esta forma, se inicia en 1942 el periodo del contrato bracero (Massey, Durand y Malone, 2002). A través de éste, aproximadamente 4.6 millones de mexicanos (Verduzco, 1998: 56) del centro occidente de México emigraron a Estados Unidos para trabajar de manera temporal en los estados de California, Colorado, Nebraska y Utah (Durand, 2007). Los trabajadores en su gran mayoría eran de origen rural y con bajos niveles de escolaridad. La terminación del periodo bracero (1964), en parte por presiones de los trabajadores nativos que temían una devaluación de los salarios, provocó el aumento de la inmigración indocumentada, que si bien, existía desde tiempo atrás, se hizo mucho más notoria cuando ex-braceros optaron por quedarse de forma irregular en Estados Unidos (Borjas y Kazt, 2005). Éste fue un hecho que cambió la dinámica de la migración mexicana que pasó de ser predominantemente circular a permanente.

La crisis económica de América Latina en los años ochenta (en México 1982) ocasionó la salida de mexicanos y otros latinoamericanos hacia los Estados Unidos. A ello se sumó la implementación de la ley IRCA en 1986, que favoreció el carácter permanente de la inmigración mexicana (Massey *et al.*, 2002). Esta Ley facilitó la regularización de buena parte de la inmigración indocumentada que existía hasta el momento, y a la vez impuso serias restricciones para el ingreso al país de mexicanos sin documentos, lo que conllevó a que muchos de los inmigrantes circulares que tenían dificultades para entrar y salir de Estados Unidos decidieran establecer su residencia permanente en este país.

Se podría decir que, desde el cambio de frontera entre los dos países, la emigración mexicana a Estados Unidos ha sido un fenómeno sostenido. En sus inicios se hablaba de un flujo integrado principalmente por hombres jóvenes de baja escolaridad, procedentes en su gran mayoría, de zonas rurales del occidente y norte del país que se insertaban temporalmente en el sector agrícola del mercado estadounidense. Es por ello que se asentaron desproporcionadamente en los estados de California y Texas, aunque se distinguían asentamientos en Illinois y el noroeste del país (Verduzco, 1997; Corona, 1998; Canales, 2001; Caicedo, 2010).

En décadas recientes, la migración mexicana hacia dicho país sigue sosteniéndose con altas tasas de crecimiento anual (Caicedo, 2010) y con decrecimientos importantes durante los años más fuertes de la crisis financiera de 2008 (Zenteno, 2012). Además, se han registrado cambios importantes en el perfil sociodemográfico de los inmigrantes. Ahora se cuenta con mayor participación de hombres, pero hay una creciente presencia de mujeres. También han aflorado los indígenas en el proceso migratorio y se han registrado cambios en las zonas de origen y destino de la migración (Ariza y Portes, 2007; Caicedo, 2010).¹

¹ Una descripción más detallada se presenta en Caicedo (2010).

LA MIGRACIÓN DOMINICANA

La emigración dominicana hacia Estados Unidos ha sido motivada por la interrelación de factores sociales, políticos y económicos. La pobreza y las limitadas posibilidades de empleo son los aspectos que han predominado en los años más recientes de esta migración. Esto, como en la mayoría de las corrientes migratorias con destino a dicho país, ha dado lugar a la conformación de un *stock* de inmigrantes diverso. Predominan las personas con bajos niveles de escolaridad y ocupacionales, lo que ha contribuido —además de la fuerza que ejercen las redes de paisanos— a la conformación de enclaves muy distintos, en términos de desarrollo social y económico, como los que existen en Miami y Washington Heights (Guarnaccia, Martínez y Acosta, 2005).

Esta migración se ha dado en distintas etapas. La primera se ubica en el periodo de gobierno de Leónidas Trujillo (1930-1961), en el cual la emigración estuvo fuertemente restringida. Hernández (2004) señala que la salida masiva de dominicanos a Estados Unidos inició en 1962, después de la muerte de Leonidas Trujillo. Durante su gobierno se impusieron férreas limitaciones a las personas que deseaban abandonar el país huyendo de la dictadura. De acuerdo con la autora, se permitía salir sólo a diplomáticos y a personas económica y socialmente privilegiadas que simpatizaban con el gobierno. Las restricciones se fundaban en la idea de que los dominicanos podrían organizarse políticamente en el exterior e intentar acciones en contra del gobierno. Además, la misma autora señala que durante estos años el gobierno mantuvo la idea de que el crecimiento de la población contribuiría a mejorar la actividad económica y el desarrollo de la nación, ya que con el paquete de las políticas impulsadas para modernizar y expandir la producción agrícola, así como con el desarrollo del sector industrial, el país necesitaba trabajadores y consumidores dominicanos. Estas políticas redundarían en un mayor desarrollo económico.

Gammage y Schmitt (2004) señalan que la migración internacional dominicana se dio como respuesta a los cambios económicos

y sociales impulsados por la reorganización de la industria azucarera durante la dictadura de Trujillo. Esta estuvo acompañada de un proceso de expropiación y concentración de la tierra del campesinado. Paralelo a este proceso hubo un marcado desarrollo del sector industrial que priorizó la exportación golpeando fuertemente a las economías campesinas y dando lugar al surgimiento de una fuerza laboral precaria que en muchos casos no encontraba lugar en el país. De acuerdo con los autores, con la llegada al poder de Balaguer (en 1966), se dio continuidad a las políticas económicas puestas en marcha por su antecesor. Se siguió impulsando el desarrollo del sector industrial mediante la sustitución de importaciones y se concentró el esfuerzo en la exportación de productos agrícolas. Estas políticas favorecieron el crecimiento económico, pero no tuvieron el mismo impacto en la generación de empleos y, en consecuencia, impulsaron una nueva ola de migraciones interna e internacional. Mickens (2016) enfatiza que los años posteriores a la finalización de la dictadura provocaron la salida de una cantidad importante de dominicanos debido a la inestabilidad política que reinó en el país. Por ejemplo, entre 1961 y 1985, más de 400 000 dominicanos emigraron a la Unión Americana y muchos de ellos lo hicieron en calidad de refugiados políticos. Estados Unidos privilegió otorgar dicha condición a quienes provenían de los regímenes comunistas y los dominicanos no fueron considerados como tales (Sorensen, 2005).

Pérez (1998) señala que se puede hablar de una segunda gran oleada de emigración a Estado Unidos, que comprende el periodo 1975-1989, motivada fundamentalmente por el deterioro de la economía. En la segunda mitad de los años ochenta, cuando la República Dominicana gozaba de mayor estabilidad política, se produjo una fuerte crisis económica que se reflejó en un alto nivel de inflación, desempleo y subempleo (Pérez, 1998). Esta situación obligó a emigrar a personas de sectores sociales medios, cuyo destino principal fue Estados Unidos. En los años noventa, se registró un crecimiento importante de la emigración en el país siendo los principales destinos la Unión Americana y España (Sorensen, 2005). Se puede decir que esta emigración más reciente ha estado relacionada con la

dinámica económica a escala global, pues la República Dominicana, al igual que otros países en América Latina, han recibido la inversión extranjera directa que ha generado alteraciones en los mercados de trabajo internos. Además ha fortalecido los vínculos ideológicos entre los países e incentivando la emigración hacia el país del Norte (Sassen, 1993). Portes y Guarnizo (1991) señalan que las relaciones neocoloniales establecidos entre Estados Unidos y países de América Latina y el Caribe han motivado el desplazamiento de los latinoamericanos y caribeños hacia el país del norte. República Dominicana es un caso típico de este tipo de relaciones. Aunque los aspectos señalados han motivado la llegada de dominicanos a Estados Unidos, no se debe perder de vista que el crecimiento de esta inmigración, como del resto de la latinoamericana y caribeña, se hizo particularmente notorio después de 1965. Los cambios a la Ley de Inmigración de Estados Unidos, como se mencionó, eliminaron los principios racistas existentes en la anterior Ley.

En la actualidad, los dominicanos son el tercer grupo en importancia numérica entre los inmigrantes de América Latina y el Caribe en Estados Unidos. En 1980 había 168 344 dominicanos viviendo en este país, en 1990 había más del doble de esta cantidad (353 755). Itzigsohn (2004) señala que en estos años República Dominicana se ubicó entre los seis países que enviaron mayor número de inmigrantes a Estados Unidos. En el año 2000 había 724 719 inmigrantes dominicanos viviendo en dicho país, esta cantidad equivalía al 8.7% de la población total dominicana (Caicedo, 2010). En 2014, el porcentaje de dominicanos viviendo en la Unión Americana ascendió a 10.0%, es decir, había 1 038 928 personas de este origen. Este aumento ha implicado tasas de crecimiento anual por encima del 7.0%.

Si bien, esta inmigración comparte algunas características socioeconómicas con la mexicana, tiene diferencias cualitativas que la distinguen del resto de inmigrantes de la región en dicho país. Una de ellas es la composición por sexo que sólo es similar a la de otros inmigrantes del Caribe como los jamaiquinos. La historia migratoria contemporánea de República Dominicana a Estados Unidos

refleja un marcado predominio de mujeres. En 1980, había 78 hombres dominicanos por cada 100 mujeres, en los años 1990 y 2000 los índices de masculinidad incrementaron, pero no dejaron de reflejar la mayor presencia de mujeres (83 y 85, respectivamente) (Caicedo, 2010). En 2014 se hizo mucho más notoria la participación de los hombres en el *stock* de inmigrantes dominicanos en Estados Unidos. El índice de masculinidad revela que por cada 100 mujeres hubo 95 hombres.

La migración dominicana en este país se ha caracterizado por un alto grado de temporalidad y por un sostenido intercambio entre las familias en Estados Unidos y República Dominicana. Esto ha hecho que las costumbres y valores culturales —el idioma, la religión católica, la música y el estilo de vida en general— se mantengan entre los inmigrantes y, a la vez, se sostengan en las jóvenes generaciones las expectativas de emigrar a la Unión Americana (Torres-Saillant y Hernández, 1998). Duany (1998) habla del surgimiento de una especie de identidad transnacional entre dominicanos, caracterizada por un apego ambivalente a la sociedad receptora y un deseo persistente de estar en el lugar de origen para mantener las redes familiares y de amistades.

Como se observará más adelante, los dominicanos se caracterizan por presentar bajas tasas de naturalización y altos niveles de actividad transnacional (Baez, 2005). El envío de remesas es una de las más sobresalientes ya que de acuerdo con el informe del Banco Central de la República Dominicana (2014), en 2013 los dominicanos enviaron al país 4 262 300 de dólares en remesas, de esta cantidad el 60.3% provenía de Estados Unidos. Los dominicanos generalmente se han concentrado en la ciudad de Nueva York, aunque en los ochenta y noventa se empezó a registrar una dispersión hacia otros lugares del país, en particular, a la región Oeste de los Estados Unidos (Itzigsohn, 2004). En 2003 por ejemplo, el 56% de los dominicanos se concentraba en este estado y un porcentaje importante (10.3%) se ubicaba en el estado de Florida. Otros estados también han sido destino de este flujo migratorio como son Texas, Illinois, Pennsylvania, Carolina del Norte y Ohio.

LA MIGRACIÓN COLOMBIANA

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2017) de Colombia, en el Censo de 2005 —el último realizado en ese país—, se contaron 42 888 592 personas nacidas en el territorio colombiano y se estimó que cerca 3 378 345 vivían fuera del país, es decir, el 7.8% de la población total. Este dato define a Colombia como un país de emigración, siendo los principales destinos Venezuela, Estados Unidos, Ecuador y España.

Entre 1946 y 1960 se presentó una confrontación bipartidista entre liberales y conservadores —conocido como el “Periodo de la Violencia”— que tuvo como escenario principalmente las áreas rurales de algunas regiones del país y contribuyó al desplazamiento de población hacia centros urbanos fuera del país. Durante este periodo los colombianos que llegaron a Estados Unidos pertenecían a clases sociales altas (Sassen-Koob, 1979). Aunque esta guerra civil terminó con el establecimiento del “Frente Nacional” —un acuerdo entre los dos partidos para turnarse el poder— (Pécaut, 2004), en los años sesenta y setenta surgieron grupos de izquierda que fueron cambiando el matiz del conflicto. Con el paso del tiempo, la confrontación violenta entre los distintos actores armados ha contribuido a la emigración tanto interna como internacional.

Sassen-Koob (1979) argumenta que en los años subsiguientes al “periodo de la violencia”, se empezó a registrar el ingreso de colombianos de clases sociales bajas a Estados Unidos. De acuerdo con la autora, en los años setenta la inmigración colombiana que se dirigía a Nueva York se concentraba en Queens —Jackson Heights, Jamaica, Elmhurst, Woodside y Sunnyside—, pero con el crecimiento de la misma se fueron desplazando a ciudades como Long Island. La autora señala que la comunidad colombiana era menos homogénea que la dominicana en términos socioeconómicos. En estos años, la inmigración colombiana en Estados Unidos, y concretamente en Nueva York, se caracterizó por sus altos niveles de escolaridad, profesionales y técnicos (Sassen, 1979), contrario a lo que se observaba en aquella emigración que se dirigía a Venezuela.

De acuerdo con Cárdenas y Mejía (2006), después de 1960 se pueden identificar varias oleadas de la emigración colombiana. La primera comprende el periodo 1965-1975 que se dirigió fundamentalmente a Venezuela, Estados Unidos, Ecuador y Panamá. Como es sabido, el flujo de migrantes colombianos hacia Venezuela estuvo determinado en buena medida por el auge petrolero en los primeros años de la década de los años setenta. Se integró principalmente por trabajadores de origen rural y de baja escolaridad. La segunda, se puede ubicar desde mediados de la década de los setenta, donde destacó la presencia de inmigrantes colombianos calificados en Nueva York, Nueva Jersey, Connecticut y Florida. En este flujo hubo marcada presencia de profesionales, aunque también se incorporaron personas de baja calificación que viajaron con intereses laborales. Al finalizar la década se registró un flujo integrado fundamentalmente por mujeres que se dirigió al Reino Unido, derivado del acuerdo con este país para que trabajadores colombianos se insertaran en ocupaciones comerciales, en hoteles y en restaurantes. La tercera oleada migratoria hacia el sur de Estados Unidos se ubica a mediados de los ochenta. Según los autores, parte de esta emigración estuvo relacionada con las redes de tráfico de drogas, aspecto que ha significado la estigmatización de la inmigración colombiana y, como consecuencia directa, la desconfianza entre coterráneos y su fragmentación como grupo social (Guarnizo, Sánchez y Roach 1999). La cuarta oleada migratoria se presentó en la segunda mitad de los noventa. Entre los factores que determinaron la salida de colombianos, se ubican la crisis económica y los problemas asociados a la violencia.

En el caso concreto de la inmigración colombiana en Estados Unidos, se podría decir que a lo largo del siglo XIX y la primera mitad del XX la cantidad de colombianos en dicho país era exigua, por ejemplo, de acuerdo con el Migration Policy Institute (2015), entre 1820 y 1950 había menos de 7 000 colombianos viviendo en Estados Unidos. Tal y como se ha mencionado en varias oportunidades en este libro, el año 1965 determinó el crecimiento del flujo y el nuevo

perfil de esta inmigración en Estados Unidos. Las restricciones que existían al ingreso de personas de determinadas nacionalidades fueron eliminadas, con ello se pretendía recibir inmigrantes europeos, pero quienes destacaron fueron los procedentes de Asia y América Latina. En 1970, de acuerdo con datos censales (Census of Population and Housing, 2000), la cantidad de colombianos viviendo en Estados Unidos fue 65 491 personas, en 1980 ascendió a 151 197 inmigrantes, lo que implicó una tasa de crecimiento anual durante la década del 8.4%. En la siguiente década, (1980-1990) se contaron 303 204 colombianos en dicho país, con una disminución en la tasa de crecimiento, sin que dejara de ser significativamente alta (7.0%). La gran mayoría de los inmigrantes colombianos se concentraban en el área metropolitana de Nueva York y en el sur de Florida (Guarnizo, 2006).

Entre 1990 y 2000 se sostuvo el crecimiento de la población colombiana en Estados Unidos, pero a una velocidad menor. En el último de estos años se contaron 513 397 personas de este origen, lo que significó una tasa de crecimiento anual de 5.3% a lo largo de la década. Varios factores explican este crecimiento, quizás el más apremiante es el deterioro de la economía colombiana a finales de los años ochenta y buena parte de los noventa, producto de las reformas estructurales implementadas en el marco del neoliberalismo (Guarnizo, 2006). El deterioro de las condiciones laborales y las elevadas tasas de desempleo fueron los factores específicos que empujaron a muchos colombianos a buscar mejores condiciones de vida no sólo en Estados Unidos sino en otros países de Europa como España e Italia. A esto se sumó la generalización de la violencia que hizo que mucha gente buscara refugio fuera del país y la demanda laboral que ejercieron los traficantes de drogas (Guarnizo, 2006).

Los datos de la ACS de 2010 registraron 548 286 colombianos. Es posible que esta baja en los niveles de crecimiento anual se deba a cuestiones metodológicas asociadas a la captación de inmigrantes, puesto que esta variable no es estrictamente comparable con la variable de los censos (Ruggles, Genadek, Goeken *et al.*, 2017), aun-

que también podría obedecer a un efecto de la crisis del 2008 y las consecuentes cortapisas a la inmigración. Es posible que los destinos de los colombianos, como suele ocurrir en momentos de crisis y de restricciones a la inmigración, se hayan orientado a otros países, en particular a España, en donde la presencia de colombianos es creciente (Actis, 2009).²

Si bien, en años recientes entre los inmigrantes colombianos en Estados Unidos han predominado las personas con estudios superiores al nivel de preparatoria o *high school*, sigue tratándose de una migración muy diversa desde el punto de vista socioeconómico. La explicación de ello se debe buscar en las causas que han originado el movimiento más reciente de esta población. Aunque la violencia ha sido una causa importante de movilidad interna como la internacional, en la actualidad la migración por motivos laborales contribuye significativamente a la conformación del perfil que se establece en los países de destino, en concreto, en Estados Unidos.

Hay algunas características cualitativas de esta inmigración que la hacen muy diferente de la mexicana y dominicana. Una de ellas es que proviene fundamentalmente de las áreas urbanas más desarrolladas del país —Bogotá, Medellín, Cali, Pereira y Bucaramanga—, aunque también se distinguen desplazamientos de otras ciudades intermedias (Guarnizo, 2006). De acuerdo con el autor, contrario a lo que ocurre entre los mexicanos y los dominicanos, los colombianos “ven sus necesidades y sus oportunidades en términos individuales y no grupales”, pues la desconfianza generada por el tema del tráfico de drogas no lícitas impide la organización política y cívica orientada al bien común en el país de destino.

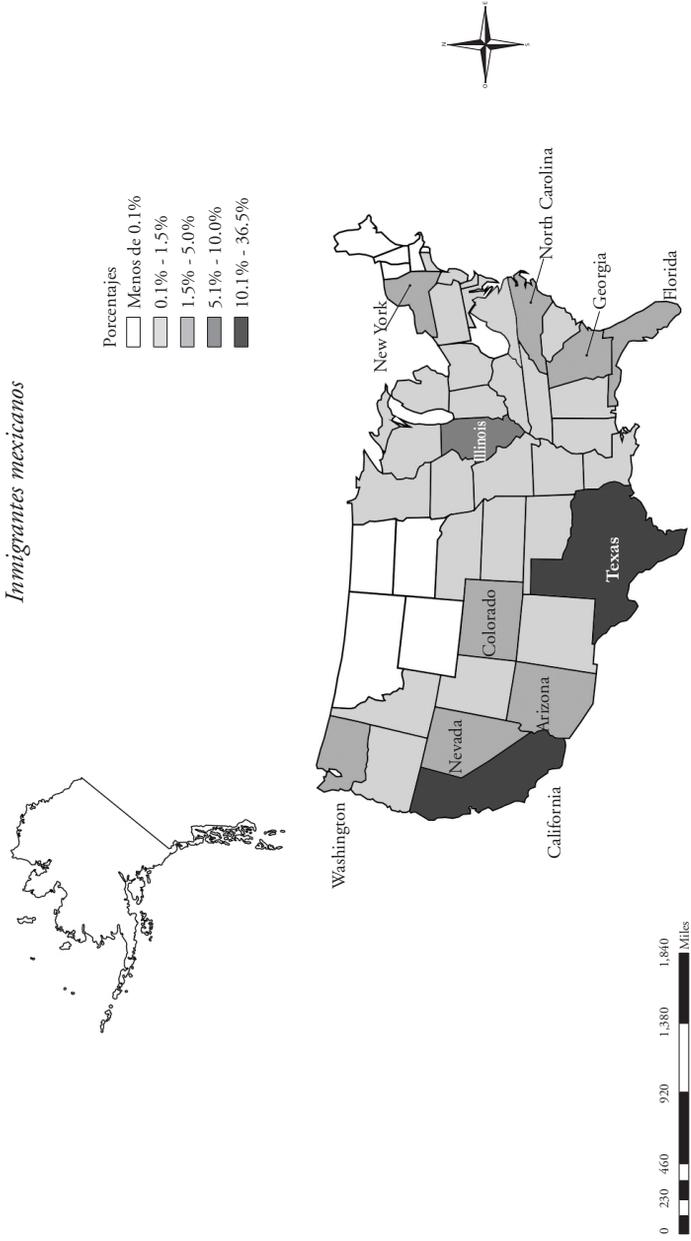
² De acuerdo con Actis (2009:147), El tamaño de la población colombiana en España ha crecido vertiginosamente en muy pocos años. Se habla de aproximadamente 4 000 personas a fines de los ochenta. Al finalizar la década de 1990 había cerca de 100 000 personas de este origen y en el año 2005 la cantidad superaba los 280 000 y en 2008 la cantidad ascendió a 326 000.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y LABORAL DE MEXICANOS,
DOMINICANOS Y COLOMBIANOS

Como ha sido ampliamente documentado (Verduzco, 1997; Corona, 1998; Durand, 2007; Caicedo, 2010), aunque en las últimas décadas se han diversificado los lugares de destino de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos, el 58.3% de esta población sigue concentrándose en los estados de California y Texas. Si se suman los estados de Illinois (5.6%) y Arizona (4.6%), el porcentaje asciende a 68.4%. Los estados de Florida, Georgia, Carolina del Norte, Nueva York, Nevada y Colorado aglutinan el 13.2% de esta inmigración (véase mapa 3.1). El 81.6% de la inmigración mexicana se concentra en pocos estados. Aunque es indiscutible que la demanda laboral es un determinante de la inmigración, también es claro que, sin la existencia de redes migratorias, la migración internacional no habría alcanzado las dimensiones que conocemos en la actualidad. La concentración de inmigrantes en determinadas regiones, estados o ciudades se explica por las posibilidades de trabajo ofrecidas, pero también por las posibilidades de apoyo con que cuentan los migrantes para asentarse en esos espacios o como lo indican Portes y Guarnizo (1991), para protegerse de la discriminación de la que muchas veces son objeto. La concentración espacial o la concentración étnica les permite insertarse rápidamente en el mercado laboral, hacerse de bienes y servicios necesarios para la sobrevivencia y fortalecer los lazos de solidaridad con otros paisanos.

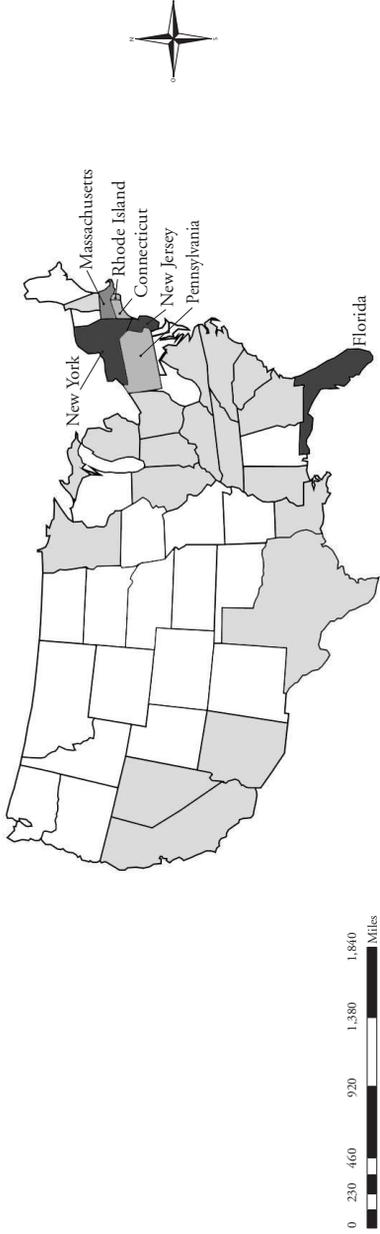
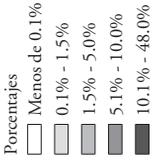
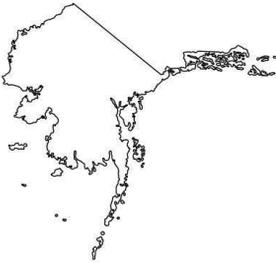
Cada vez es mayor el número de inmigrantes mexicanos que se dirigen a las zonas metropolitanas de las grandes ciudades de Estados Unidos. En 2010 el porcentaje de mexicanos que no vivía en áreas metropolitanas era de 11.7%, en la actualidad sólo el 10.4% de los mexicanos vive fuera de las áreas metropolitanas. La aglutinación en estos espacios geográficos, como hemos mencionado, se debe fundamentalmente a la demanda laboral, a las redes sociales que facilitan el asentamiento y, sin duda alguna, a la gran oferta de servicios que se pueden conseguir en estos lugares. Vale la pena señalar que los mexicanos se ubican principalmente en el área metropolitana

MAPA 3.1
 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INMIGRANTES MEXICANOS,
 DOMINICANOS Y COLOMBIANOS, SEGÚN ESTADO. ESTADOS UNIDOS, 2014



MAPA 3.1 (continuación)

Immigrantes dominicanos



de Los Ángeles (14.8%), le siguen en su orden las áreas metropolitanas de Chicago, Dallas, Houston y Riverside (véase gráfica 3.1).

En el caso de los inmigrantes dominicanos, el primer aspecto que se debe destacar es su concentración en muy pocos estados del país. Incluso, a diferencia de los inmigrantes mexicanos, en términos porcentuales están más concentrados en un solo estado. Como lo muestran el mapa 3.1 y la gráfica 3.1, en las que se presentan los siete principales destinos de esta inmigración en el 2014, Nueva York sigue siendo el estado que concentra al mayor número de inmigrantes, con el 47.6%, el segundo lugar de preferencia para este grupo es el estado vecino de Nueva Jersey (15.0%) y le siguen Florida (11.8%) y Pennsylvania (7.9%).

Se trata de una inmigración que históricamente se ha dirigido hacia las zonas urbanas. El 98.2% de la población se concentra en áreas metropolitanas, siendo las principales Nueva York-Newark-Jersey City; Boston-Cambridge-Newton; Miami-Fort Lauderdale-West Palm Beach; Orlando-Kissimmee-Sanford y Providence-Warwick. Como lo han señalado distintos autores (Portes, 2001; Sassen, 1993), la alta concentración de los dominicanos en pocas ciudades responde a la demanda laboral que se genera particularmente en el sector de servicios de las grandes áreas metropolitanas y al establecimiento de redes sociales (véanse imagen 3.1 y gráfica 3.1).

En 2014 había 1 038 928 dominicanos viviendo en Estados Unidos, el 56.9% eran mujeres. La mayor participación de estas mujeres en los flujos migratorios está ligada a las transformaciones económicas, sociales y demográficas que han ocurrido en la sociedad estadounidense en las últimas décadas. En lo económico es claro que las nuevas demandas del mercado de trabajo, de una economía centrada en la prestación de servicios, se dirigen hacia el personal calificado para realizar ocupaciones especializadas, así como hacia las mujeres con bajos niveles de escolaridad que en cierta medida llegan a satisfacer una demanda de servicios que el alto consumo de trabajadores calificados genera (Sassen, 1993). Parella (2006) señala que la relación entre la migración femenina internacional y la globalización se da muchas veces a través de la oferta de trabajos en los núcleos

urbanos de países desarrollados. Muchos de los trabajos que realizan las inmigrantes en estos países tienen que ver con tareas necesarias para la reproducción social de los individuos.

En lo social, aspectos como la creciente calificación y participación de mujeres en el mercado de trabajo de los países de destino y la inequitativa distribución de las actividades domésticas en los hogares, ha generado la necesidad de atraer a otras mujeres para desarrollar las tareas de este orden que muchas mujeres nativas cada vez asumen menos. En lo demográfico, el envejecimiento y los cambios en la estructura de las familias contribuyen también al desplazamiento de mujeres a través de las fronteras (Parella, 2007).

Al igual que los demás grupos, la población de origen colombiano en Estados Unidos tiende a concentrarse en pocos espacios geográficos. El 59.6% se ubica en tres estados: Florida, Nueva York y Nueva Jersey. El 12.6% vive en los estados de California y Texas y el porcentaje restante en otros del país. Los inmigrantes se dirigen principalmente a las ciudades con gran importancia económica a escala global como Nueva York y Los Ángeles (Portes, 2001; Sassen, 1999). Cerca del 50.0% de los inmigrantes colombianos se dirigen al área metropolitana de Miami-Fort, Lauderdale-West y Palm Beach (25.2%) y New York-Newark-Jersey City (23.9%). Otras áreas metropolitanas de preferencia son Orlando-Kissimmee-Sanford en Florida (4.1%), Houston-The Woodlands-Sugar Land en Texas (3.7%) y Washington-Arlington-Alexandria en DC, VA, MD WV (véanse mapa 3.1 y gráfica 4.1).

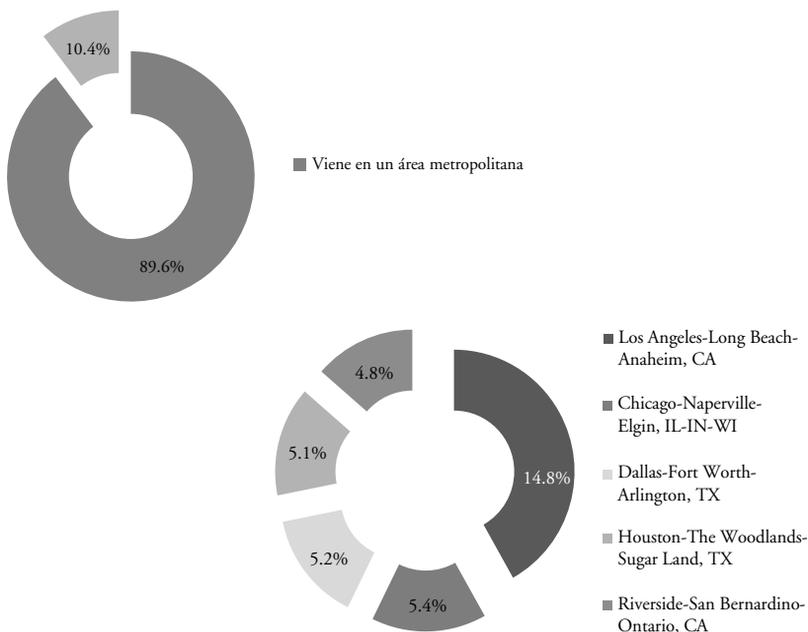
No cabe duda de que también entre estos migrantes actúan los lazos que se crean para facilitar la migración y la incorporación de los paisanos al mercado de trabajo. Como lo han señalado distintas autoras (Hondagneu-Sotelo, 2001; Parella, 2007), es preciso que las mujeres tengan acceso a la información que les permitiría vincularse a procesos migratorios y acceder a un empleo, esta información fluye a través de redes sociales migratorias. En el caso específico de las inmigrantes en los Estados Unidos, Hondagneu-Sotelo (2001) señala que la pertenencia a una red social les permite, no sólo acceder a información sobre empleos, sino que, en muchos casos, pueden

tener mejores condiciones laborales. Las redes sociales tienen un impacto importante tanto en el destino de la migración femenina, así como en su inserción ocupacional. Davis y Winters (2001) argumentan que las mujeres migran a los lugares donde las redes sociales son más fuertes e incluso se insertan en ocupaciones donde la red ya ha establecido un nicho. En el mapa 3.1 se presenta la distribución espacial de los inmigrantes colombianos.

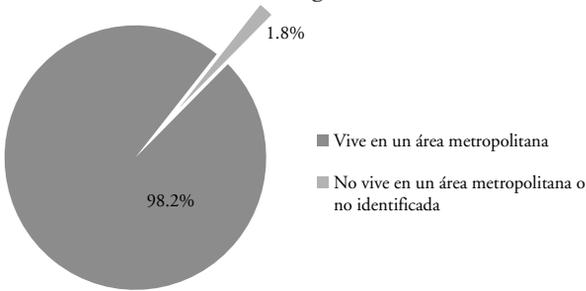
La inmigración mexicana sigue siendo predominantemente masculina. Aún con el crecimiento sostenido de mujeres, los hombres siguen constituyendo mayoría en el *stock* desde 1980 (Caicedo, 2010). En la actualidad el 52.5% de los inmigrantes son hombres y el porcentaje restante lo conforman las mujeres.

GRÁFICA 3.1
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INMIGRANTES MEXICANOS,
DOMINICANOS Y COLOMBIANOS, SEGÚN ÁREAS METROPOLITANAS.
ESTADOS UNIDOS, 2014

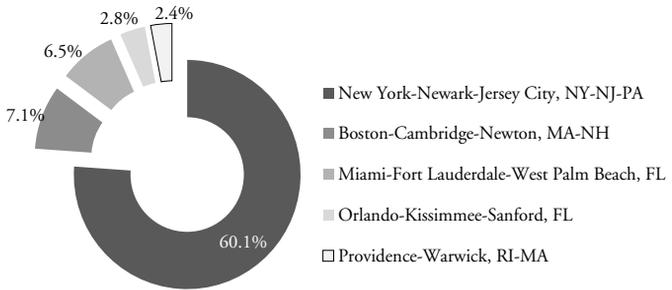
Inmigrantes mexicanos



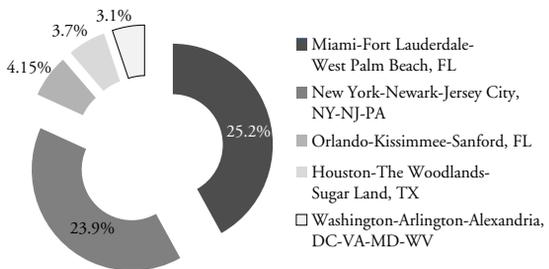
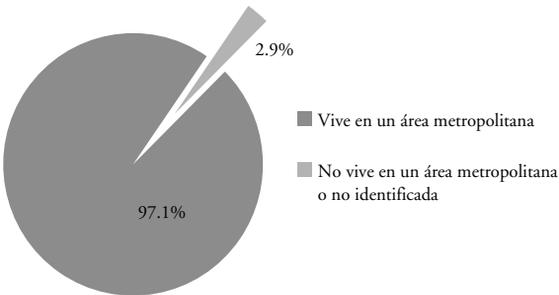
Inmigrantes dominicanos



Inmigrantes dominicanos (continuación)



Inmigrantes colombianos



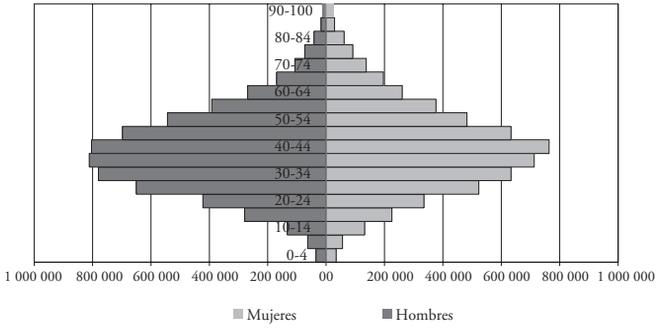
Fuente: Cálculos propios, con base en *American Community Survey* (ACS-2014). IPUMS.

La edad mediana —valor que ocupa el lugar central en un conjunto ordenado de datos— de los hombres es 39 años y la de las mujeres, 41. Como se puede observar en el cuadro 3.1, la mayor parte de la población se concentra en los rangos 20-54 años. La estructura por edad de la población muestra la concentración de la mayoría en edades laborales y reproductivas. Mucho se ha discutido sobre el impacto demográfico y económico de esta inmigración en la sociedad estadounidense (Smith y Edmonston, 1997). En lo demográfico, las fuentes oficiales de este país muestran que las inmigrantes mexicanas tienen mayor número de hijos que las nativas blancas no hispanas y que otras mujeres de origen hispano (Caicedo, 2012). Aunque autores como Parrado (2011) y Parrado y Flippen (2012) han demostrado que en estas fuentes están sobreestimados los niveles de fecundidad de las mujeres hispanas en general. En lo económico, aunque se trata de una inmigración principalmente laboral, y de trabajadores de salarios bajos, debido a su mayor inserción en sectores de baja productividad económica, hay todavía una amplia discusión en torno al impacto que los mismos podrían tener en la economía estadounidense (Hanson, Scheve, Slaughter *et al.*, 2001; Lalonde y Topel, 1997). Los inmigrantes mexicanos tienen elevadas tasas de participación económica, incluso superiores a las de la población estadounidense —nativos blancos no hispanos y afroestadounidenses—.

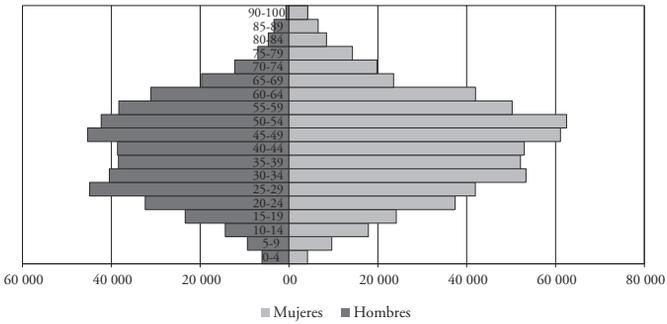
La edad mediana de los dominicanos es de 43 años, lo que significa que la mitad de esta población está por encima de esta edad y la otra mitad por debajo. Este valor es superior al que se obtuvo en el caso de los inmigrantes mexicanos, la mediana para las mujeres es de 44 años y para los hombres de 42. En la gráfica 3.2, se observa la estructura por edad de la población, se puede constatar que la mayor parte de la población se concentra fundamentalmente en edades laborales, aunque visiblemente más distribuida en los estratos de edades que la mexicana, el 46.9% de la población se encuentra entre los 30 y 54 años. La edad promedio de los hombres colombianos es de 44 años y la de las mujeres es 47. Éstos constituyen el grupo más envejecido. El 52.1% de la población se ubica entre

GRÁFICA 3.2
ESTRUCTURA POR EDAD Y SEXO DE LOS MEXICANOS, DOMINICANOS
Y COLOMBIANOS. ESTADOS UNIDOS, 2014

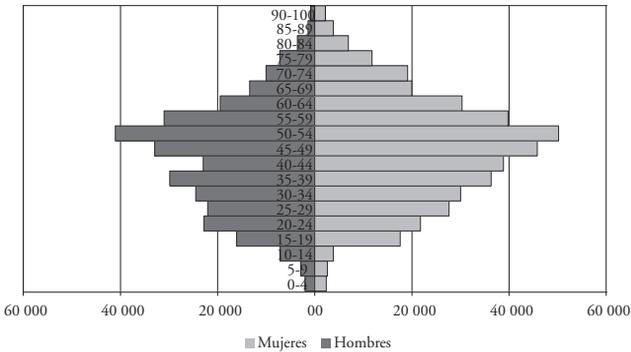
Inmigrantes mexicanos



Inmigrantes dominicanos



Inmigrantes colombianos



Fuente: Cálculos propios, con base en *American Community Survey (ACS-2014)*. IPUMS.

los 35 y 60 años. Se trata de personas, principalmente en edad de trabajar, con una participación importante de mujeres.

Para analizar la situación conyugal de los inmigrantes se tomó en cuenta a la población mayor de 14 años. La variable se presenta en las tres categorías antes vistas en capítulo II: personas nunca unidas, personas que al momento de ser encuestadas vivían dentro de algún tipo de unión conyugal —casadas o en unión libre—, y las personas que alguna vez estuvieron unidas y que al momento de ser entrevistadas no vivían bajo la figura de unión conyugal, éstas pueden ser divorciadas, separadas o viudas.

Se constató que la mayor parte de la población mexicana se encuentra unida (57.7%) el 28.3% son personas que nunca han estado unidas y el 14% son personas alguna vez unidas. Contrario a lo que se observa en otros grupos de inmigrantes latinoamericanos como los dominicanos o los jamaquinos e incluso en relación con los afroestadounidenses (Caicedo, 2010), los mexicanos tienen tasas de conyugalidad significativamente altas (véase cuadro 3.1) y bastante bajas de separación: divorcios y viudez. Estos indicadores son importantes a la hora de analizar la salud mental de cualquier población, pues autores como (Aguilar-Gaxiola, Kramer y Resendez *et al.*, 2008) han mostrado que las bajas tasas de rupturas conyugales actúan como un factor protector de la salud mental.

Otro de los aspectos que diferencian a los dominicanos de los otros grupos, es el estado conyugal del *stock*, por la histórica participación de mujeres no unidas. El 43.2% de la población es unida —casada o en unión libre—, El 32.0% nunca ha estado unidas y el 24.8% alguna vez estuvo unida. En términos generales, el 56.9% son personas que no conviven bajo alguna forma de unión conyugal.

Entre los colombianos, el 43.1% vive bajo alguna forma de unión conyugal —casados o en unión libre—, el 32.0% son personas que nunca han estado unidas y el porcentaje restante lo conforman viudos, divorciados o separados. En suma, comparación con los mexicanos, los inmigrantes colombianos tienen tasas de unión significativamente inferiores.

CUADRO 3.1
 INMIGRANTES MEXICANOS, DOMINICANOS Y COLOMBIANOS,
 CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS. ESTADOS UNIDOS, 2014

<i>Características</i>	<i>Mexicanos</i>	<i>Dominicanos</i>	<i>Colombianos</i>
N	12 006 290	1 038 982	722 198
n	93 560	7 390	6 027
Edad media	42	43	46
Edad mediana	41	43	47
<i>Estado civil</i>		<i>Porcentajes</i>	
Unidos	57.7	43.2	53.2
Alguna vez unidos	14	24.8	22
Nunca unidos	28.3	32	24.8
Total	100	100	100
<i>Ciudadanía</i>			
Hijo de estadounidenses	2.5	4.2	3.5
Ciudadano naturalizado	26.1	50.2	55.8
No es ciudadano	71.5	45.6	40.7
Total	100	100	100
<i>Nivel de inglés</i>			
Habla sólo inglés	4.3	4.7	7.5
Habla inglés muy bien	27.7	32.6	40.9
Habla inglés bien	21.7	21.1	24.3
No habla bien inglés	28.5	25.2	20.1
No habla inglés	17.8	16.4	7.2
Total	100	100	100
<i>Tiempo en USA</i>			
0-5 años	7.1	18.4	12.9
6-10 años	13.4	12.7	12.5
11-15 años	20.4	12.1	22.1
16-20 años	15.4	13.1	11.3
21 años y más	43.7	43.7	41.2
Total	100	100	100
<i>Escolaridad población mayor de cinco años</i>			
Sin escolaridad	6.0	4.0	3.0
Hasta preparatoria sin diploma	51.3	34.7	15.8
Preparatoria con diploma	24.0	25.0	25.0
Superior a la preparatoria	18.5	35.9	56.0
Total	100	100	100

Fuente: Cálculos propios con base en *American Community Survey (ACS-2014)*, IPUMS.

La ciudadanía es un tema central en los países occidentales de alta inmigración, en la medida en que alude al estatus legal de un individuo, a la actividad política, a un conjunto de derechos y a una identidad colectiva (Oboler, 2006). La ciudadanía además se considera un indicador de asimilación. En este análisis se presenta en tres categorías: ciudadano naturalizado, ciudadano por padres estadounidenses y no ciudadano. En el cuadro 3.1 se observa el estatus migratorio de los de los grupos, en el caso mexicano se puede constatar que el 71.5% son personas que no cuentan con la ciudadanía estadounidense, el 26.1% son naturalizadas y el 2.5% hijos de estadounidenses nacidos fuera del territorio de Estados Unidos. Se trata de un porcentaje de ciudadanía inferior al de los otros grupos. La cantidad de dominicanos que cuentan con la ciudadanía es casi el doble de la mexicana, el 50.2% de los dominicanos son ciudadanos por naturalización y el 4.2% son hijos de estadounidenses. En el caso colombiano el porcentaje de naturalización es más de dos veces mayor (55.8%) a las de los mexicanos.

Para algunos autores, la baja ciudadanía de los mexicanos, y en general las bajas tasas de asimilación, se explican por la intensa actividad transnacional (Huntintong, 2004), mientras que otros consideran que el transnacionalismo no es el factor que determina que un individuo se asimile a la sociedad receptora. Por ejemplo, para Portes (2005), intervienen una serie de factores que van desde el nivel socioeconómico de los primeros inmigrantes, su dominio del idioma inglés, hasta el tipo de comunidad étnica en que se inserten. Más allá de esta discusión, lo concreto es que la condición de ciudadanos hace diferencias fundamentales en la suerte que pueden correr los inmigrantes en materia de inserción y condiciones de empleo, y ejercicio pleno de sus derechos.

En el cuadro 3.1 se presenta la distribución porcentual de los inmigrantes, según estatus migratorio. La obtención de la ciudadanía es uno de los aspectos, que según distintos autores (Rubio, 2003), influye directamente en el proceso de integración social de los inmigrantes al país de llegada. Caicedo (2010) ha discutido y comprobado empíricamente que el estatus migratorio hace diferen-

cias importantes en el acceso al empleo y las condiciones de trabajo de la población inmigrante. La autora, en su análisis de las condiciones laborales de los inmigrantes latinoamericanos y caribeños en Estados Unidos, a través de la perspectiva de *trabajo decente*, encontró que quienes no son ciudadanos tienen un alto déficit de *trabajo decente*, casi dos veces mayor al de las personas que cuentan con la ciudadanía.

En los últimos siete años aumentó el porcentaje de inmigrantes mexicanos que hablan sólo inglés o lo hablan muy bien, y hubo una reducción en el porcentaje de personas que no hablan el idioma o que no lo hablan muy bien. Debido a la variabilidad de los *stocks* de inmigrantes por las numerosas entradas y salidas no se podría asegurar que lo segundo es consecuencia de lo primero. Lo anterior puede deberse a que las personas contadas en 2007 mejoraron su nivel de inglés en los siguientes siete años o simplemente que inmigraron personas con mejor conocimiento del idioma. Existen diferencias importantes entre los tres grupos, según dominio del idioma, en el caso mexicano el 49.5% considera que habla bien o muy bien inglés y un 4.3% solamente habla inglés; entre los dominicanos el 53.7% los habla bien o muy bien y el 4.7% sólo habla inglés. Mientras que los colombianos tienen mayor dominio de la lengua, el 65.2% de la población habla bien o muy bien el idioma inglés y el 7.5% habla sólo inglés.

Borjas (2003) señala que el nivel de dominio del idioma inglés es un indicador importante de la tasa de asimilación económica de los inmigrantes en general en Estados Unidos. Para el autor, su concentración en enclaves étnicos va en contra del ideal de asimilación económica a la sociedad receptora, puesto que impide que los inmigrantes adquieran las habilidades necesarias para incorporarse al mercado laboral nacional y puedan obtener mejores empleos y salarios para integrarse a la vida social y económica estadounidense. Los dominicanos como se mencionó, al igual que los mexicanos, se ubican entre los grupos con las tasas más bajas de dominio de la lengua. Al igual que el caso mexicano, se trata de un proceso migratorio de larga data —aunque se renuevan permanentemente— en el

que persiste el gusto por hablar la lengua materna. Por lo general, esta situación se atribuye a los fuertes lazos que mantienen estas poblaciones con sus lugares de origen, pero también a las posibilidades de integración que ofrece la sociedad receptora. No se debe desconocer que la concentración en enclaves étnicos limita las posibilidades de que el inmigrante se exponga al idioma inglés. Pero los enclaves, como ya se ha mencionado, protegen al inmigrante de las situaciones de estrés a las que están expuestos en la sociedad receptora como la discriminación y el racismo.

El tiempo de permanencia en Estados Unidos confirma la antigüedad de la inmigración en Estados Unidos, el 43.7% de la población mexicana y dominicana cuenta con 21 o más años de vivir en el país. El 81.6% tiene más de cinco años de residir en el país, lo que quiere decir que son pocos los inmigrantes que llegaron muy recientemente a vivir a Estados Unidos. Este dato es el que genera mayor sorpresa al observar el relativo bajo porcentaje de personas que se han hecho ciudadanas a últimas fechas y el porcentaje de personas que no hablan inglés o no lo hablan bien (véase cuadro 3.1). Entre los colombianos hay mayor porcentaje de personas con cinco o menos años de vivir en Estados Unidos (12.9%) en comparación con los mexicanos (7.1%), pero inferior al de los dominicanos (18.4%), que se sabe, es una migración con un alto grado de circulación. Sin embargo; se debe destacar que el 41.2% de los inmigrantes colombianos tiene 21 o más años de vivir en Estados Unidos.

La escolaridad de los inmigrantes no solamente da cuenta del nivel de capital humano, sino que, en términos generales, permite intuir el tipo de empleo e incluso el nivel de ingresos que podría alcanzar un individuo. Para analizar el perfil educativo de estos inmigrantes en los Estados Unidos, en este capítulo se establecen cuatro categorías de escolaridad: sin escolaridad, hasta preparatoria incompleta, personas que cursaron algún grado de primaria o hasta preparatoria —o bachillerato— sin obtener un título; preparatoria completa, conformada por las personas que realizaron estudios de preparatoria completa y obtuvieron el título de la misma, y estudios superiores en el nivel de preparatoria, como su nombre lo indica,

son personas que además de la preparatoria han realizado uno o más años de educación superior. En el cuadro 3.1 se presenta la distribución porcentual de los inmigrantes de cinco años y más, de acuerdo con el nivel de escolaridad. Los mexicanos constituyen uno de los grupos con menores niveles de escolaridad entre los inmigrantes latinoamericanos y caribeños en Estados Unidos (Caicedo, 2010). El 51.3% ha realizado estudios inferiores al nivel de preparatoria, el 24.2% tiene un título de preparatoria y solamente el 18.5% ha alcanzado estudios superiores a este nivel. La escolaridad de los inmigrantes es uno de los factores que impacta de forma directa su inserción laboral y algunos estudios han demostrado que también se relaciona con el desarrollo de enfermedades mentales (Caicedo y Van Gameren, 2016). La cantidad de dominicanos sin estudios de preparatoria completa (34.7%) es cercana a la cantidad de personas que cuentan con estudios superiores al nivel de preparatoria (35.9%). El 25% de la población cuenta con estudios de preparatoria completa. Contrario a lo observado entre los inmigrantes mexicanos y los dominicanos, la mayor parte de los colombianos tiene estudios superiores al nivel de preparatoria (56%). Los porcentajes de personas sin escolaridad son claramente bajos en los tres grupos, pero los mexicanos presentan el valor más alto.

En términos absolutos, los mexicanos constituyen el grupo de inmigrantes calificados o con una profesión, más numeroso en Estados Unidos. En la actualidad, existen 645 357 mexicanos con un título profesional viviendo en la Unión Americana. Las principales áreas del conocimiento en que se inscriben estas personas son negocios (26.6%), ingenierías (13.3%), administración y docencia (11.4%), ciencias sociales (5.5%) y ciencias y servicios médicos de salud (5.4%).

En el cuadro 3.2 se muestran algunos indicadores laborales de los inmigrantes. Para analizar la condición de actividad se consideró sólo a las personas de 16 años y más, porque es a partir de esta edad en que la población entra a formar parte de la fuerza laboral en Estados Unidos. La tasa de participación económica de los mexicanos es 68.9%, mayor a la de los dominicanos (65.3%) e igual a la de

CUADRO 3.2
 INFORMACIÓN LABORAL DE INMIGRANTES MEXICANOS, DOMINICANOS
 Y COLOMBIANOS. ESTADOS UNIDOS, 2014

<i>Indicadores</i>	<i>Mexicanos</i>	<i>Dominicanos</i>	<i>Colombianos</i>
Tasa de participación económica	68.9	65.3	68.9
Tasa de desempleo	6.5	9.0	6.5
Asalariados	89.9	91.1	86.7
Autoempleados	10.1	8.9	13.3
Total	100	100	100
<i>Mediana del salario anual (PEA)</i>			
Hombres	23 000	25 000	30 000
Mujeres	15 000	18 000	20 000
Mediana del ingreso anual de los hogares (PEA)	42 000	45 000	59 600
<i>Mediana del salario anual (ocupados)</i>			
Hombres	24 000	26 500	32 400
Mujeres	16 000	18 900	23 000
Mediana del ingreso anual de los hogares (ocupados)	43 000	46 480	60 000
<i>Cobertura médica a través del empleo</i>		<i>(Porcentajes)</i>	
Sin cobertura médica a través del empleo	62.7	53.4	41.0
Con cobertura médica a través del empleo	37.3	46.6	59.0
Total	100	100	100
<i>Ocupaciones</i>		<i>(Porcentajes)</i>	
Ejecutivas, profesionales y especializadas	8.1	15.2	28.1
Técnicos	1.0	1.7	2.8
Vendedores y soporte administrativo	12.9	20.9	23.6
Ocupaciones en servicios	25.8	32.4	24.5
Agricultura, pesca y forestación	11.3	1.1	1.1
Construcción, manufactura y mantenimiento	40.9	28.7	19.9
Total	100	100	100

Fuente: Cálculos propios, con base en *American Community Survey (ACS-2014)*. IPUMS.

los colombianos. La tasa de desempleo de los mexicanos es 6.5%, mucho menor a la observada en los años más fuertes de la crisis financiera de 2008 (Caicedo, 2013), y significativamente menor a la de los dominicanos y los afroestadounidenses.³ La tasa de desempleo de los dominicanos es de 9.0%, incluso muy superior a la reportada por el Banco Central de la República Dominicana para el conjunto de la población en este año (6.0%). Cabe resaltar que los dominicanos, junto con los afroestadounidenses, históricamente se han ubicado entre los grupos con más altos niveles de desempleo. Además se debe anotar que son los hombres quienes se ven más afectados. Los datos de los censos de Estados Unidos de 1980, 1990 y 2000 también muestran que se ubicaron entre los grupos con los niveles más altos de desempleo, y en los dos primeros años, los hombres tuvieron tasas significativamente superiores a las de las mujeres Caicedo (2010). Los mexicanos y los colombianos presentan los mismos niveles de desempleo.

Los mexicanos y latinoamericanos en general —excepto los cubanos— han tenido siempre baja participación en el autoempleo (Caicedo, 2010). Éste en Estados Unidos, contrario a lo que ocurre en América Latina y el Caribe, se ubican en sectores de alta productividad. En este país el autoempleo siempre ha estado asociado a hombres nativos, blancos, en edades avanzadas y con elevados niveles de ingresos (Hipple, 2004; Hipple y Hammond, 2010). Caicedo (2010) encontró que en el año 2003 el porcentaje de autoempleados de 65 y más fue de 19.1%, y en el caso de trabajadores entre 16 y 24 años, solamente el 2.0% eran autoempleados.

Otro indicador importante son los ingresos, desafortunadamente, la fuente utilizada no nos permite llevar a cabo un análisis más fino de los mismos, pero constituye una aproximación confiable. En el cuadro 3.2 se presenta la mediana del salario anual de hombres y mujeres en la fuerza laboral. Los mexicanos se ubican entre los grupos con las más bajas remuneraciones en Estados Unidos. Mien-

³ Como se mencionó en el capítulo II, la ACS, no es una encuesta especializada en empleo. Un análisis fino de los salarios puede obtenerse a través de la Current Population Survey.

tras la mediana del salario anual para los nativos blancos no hispanos es de 42 000 dólares; para los hombres mexicanos es 23 000 y la de las mujeres 15 000. La mediana del ingreso total anual para un hogar de inmigrantes mexicanos es de 42 000 dólares y la mediana del ingreso anual de hogares mexicanos con personas empleadas es de 43 000 dólares. En cambio la mediana del ingreso anual de los hogares de la población estadounidense empleada es 70 010 dólares al año. Los colombianos devengan ingresos superiores a los de los mexicanos y los dominicanos, la mediana del ingreso anual de los hogares con personas ocupadas es de 60 000 dólares. Sin duda alguna, en la percepción de los salarios e ingresos inciden varios factores que van desde el capital humano hasta la pertenencia a redes sociales y la discriminación que ejerce el mercado hacia muchos trabajadores, ampliamente discutidos en distintas investigaciones (England, García-Beaulieu y Ross, 2004; Ghazal y Cohen, 2007; Caicedo, 2009).

Respecto de la protección en el empleo, el 64.2% de los mexicanos carece de un seguro médico pagado a través de su empleador, el 53.4% de los dominicanos y el 41.0% de los colombianos se encuentra en esta situación. En el mismo cuadro, se presenta la distribución porcentual de los trabajadores, según ocupación.

Caicedo (2010) presentó la siguiente clasificación de las ocupaciones utilizada en este análisis. Se establecieron seis categorías ocupacionales. La primera “Ejecutivos, profesionales”, en ésta se incluyen todas las ocupaciones con niveles iguales o superiores al profesional. La segunda categoría es la de “Técnicos” en distintas áreas del conocimiento, excepto las relacionadas con la salud, la tercera la conforman los “Vendedores y personal de soporte administrativo”. La cuarta categoría son las “Ocupaciones en servicios”, éstas están relacionadas con toda la gama de servicios de protección, ocupaciones de apoyo al cuidado de la salud, preparación de alimentos, limpieza, mantenimiento de edificios, jardines, cuidados y servicios personales.

En la quinta categoría “Obreros de la industria, construcción y mantenimiento” incluimos las ocupaciones en construcción, ocupaciones relacionadas con la extracción, instalación, mantenimiento, reparación, ocupaciones en el área de producción, transporte y

movimiento de materiales, y la sexta “Pesca, agricultura y forestación”, reúne todas las ocupaciones relacionadas con la agricultura, pesca y silvicultura, entre otras.⁴

Solamente el 8.1% de los mexicanos se ubica en la categoría de trabajadores ejecutivos y profesionales, mientras que el 15.2% de los dominicanos y el 28.1% de los colombianos logra este tipo de inserción. El 12.9% de los mexicanos se inserta como técnicos, vendedores y en ocupaciones de soporte administrativo, mientras que la gran mayoría de los trabajadores se insertan en ocupaciones relacionadas con la construcción, reparación, mantenimiento y manufactura (40.9%). La participación de este grupo en las ocupaciones en servicios también es destacada (25.8%). La participación de los dominicanos y colombianos en ocupaciones relacionadas con la construcción, el mantenimiento, la reparación y manufactura es notablemente inferior a la de los mexicanos (28.7 y 19.9%, respectivamente), pero los dominicanos tienen niveles de participación superiores en ocupaciones en servicios. Es de destacar que los mexicanos son quienes tienen mayor participación en las ocupaciones relacionadas con la agricultura, pesca y forestación. Los colombianos presentan una distribución más equilibrada en la escala ocupacional.

ANTECEDENTES DE LA SALUD MENTAL DE LOS MEXICANOS, DOMINICANOS Y COLOMBIANOS

Investigaciones realizadas en México en torno a la salud mental de la población (Medina-Mora, Borges, Lara *et al.*, 2003) con datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del año 2000, mostraron que el nivel de trastornos mentales observados en los mexicanos es la mitad de lo que se reporta en Estados Unidos. Los autores señalan que el 20% de la población presenta por lo menos un trastorno mental en algún momento de su vida y el más prevalente y crónico es la ansiedad. Los trastornos más comunes

⁴ Los ejecutivos, profesionales y afines corresponden a la clasificación internacional de la migración calificada (Pellegrino y Martínez, 2001; OCDE, 2002).

son la depresión mayor, la fobia específica, la fobia social y la dependencia al consumo de alcohol. Éste último más común entre los hombres, mientras que entre las mujeres prevalecen los trastornos depresivos. En México solamente el 10% de la población con un trastorno recibió tratamiento y 20% de las personas que reportaron dos o más trastornos recibió atención (Medina-Mora *et al.*, 2003: 15).

Como se indicó en los capítulos I y II, un número importante de investigaciones encontraron que los inmigrantes presentan niveles de salud mental mejores que los de la población nativa. Vega y Rumbaut (1991) señalan que investigaciones realizadas durante los años sesenta en el sur de Texas, demostraron que la cohesión familiar y los valores tradicionales de las familias hispanas reducen la presencia de enfermedades mentales entre la población. Los autores indican que reportes de investigaciones realizadas por Jaco E., señalan que los mexicoamericanos presentaron menores tasas de admisión a hospitales de salud mental que los nativos blancos no-hispanos. Estos resultados suscitaron discusiones acerca de si la menor presencia de mexicoamericanos en estos hospitales se debía a una menor prevalencia de enfermedades mentales o si se trataba simplemente de una menor utilización de este tipo de servicios. Se puntualizó que la cultura mexicana ayudaba a amortiguar factores de estrés en los individuos y que a la vez es más tolerante con los comportamientos socialmente no esperados que pudieran presentar miembros de la familia. Investigaciones posteriores han dejado claro que uno de los factores que limita el reporte y búsqueda de apoyo profesional por parte de los inmigrantes hispanos ante los problemas de salud mental, son las limitaciones que poseen para comunicarse en el idioma inglés (Carrasquillo, Carrasquillo y Shea, 2000; Ku y Waidmann, 2003; Guarnaccia *et al.*, 2005; DuBard y Gizlice, 2008).

Parte de la bibliografía especializada en el tema de la salud mental de inmigrantes latinoamericanos (Alegría, Chatterji, Wells *et al.*, 2008) constata la menor prevalencia de desórdenes psiquiátricos entre éstos, en comparación con la población de origen latinoamericano nacida en Estados Unidos y los nativos no hispanos. Investigacio-

nes etnográficas sobre inmigrantes mexicanos encontraron que la población de este origen presenta problemas psiquiátricos en niveles similares a los observados entre los nativos blancos no hispanos (Vega, Warheit, Buhl-Auth *et al.*, 1984). De acuerdo con Hoovey y Magaña (2000), existen distintos aspectos que constituyen factores de riesgo para la salud mental de los migrantes: las condiciones en que se produce la migración, las dificultades para comunicarse cuando se trata de lenguas diferentes, las diferencias culturales, el desempleo, la falta de recursos económicos, la marginación social y en muchos casos la ausencia de apoyo social y familiar. Además, según Finch, Frank y Vega (2004), hay diferencias en el riesgo de adquirir enfermedades mentales de acuerdo con el perfil de los inmigrantes. Sostienen que los que se dedican al trabajo agrícola se ubican en niveles más desfavorables, en términos de salud mental que el resto de los inmigrantes, puesto que la naturaleza misma del trabajo, las precarias condiciones de vida y las barreras que tienen para el cuidado a la salud ayudan al deterioro de la misma.

Según Vega *et al.* (1984), los estudios recientes son inconclusos, pues mientras algunos reportan mayores tasas de desórdenes mentales entre la población de origen mexicano, otros ubican a los nativos blancos no hispanos y a los afroestadounidenses con las mayores tasas de trastornos mentales. Grant, Stinson, Dawson *et al.* (2004) señalaron que las bajas tasas de enfermedad mental entre inmigrantes mexicanos en relación con su contraparte —mexicoamericanos— y nativos blancos no-hispanos, obedece a un efecto de selectividad de la migración. Es decir, los individuos con buena salud mental emigran más a Estados Unidos que aquellos que no gozan de esta condición, por lo tanto, el riesgo de padecer alguna enfermedad mental es menor para ellos.

Algunas investigaciones han evidenciado una asociación fuerte entre la ausencia de trabajo asalariado y la angustia psicológica que experimentan muchos inmigrantes en los contextos de recepción (Thapa y Hauff, 2005). En el caso concreto de los trabajadores inmigrantes en el sector agrícola, Dodge (2009) señala que las investigaciones realizadas en Estados Unidos han encontrado que la pobreza,

la discriminación y la limitada movilidad social están asociadas a los padecimientos mentales de los inmigrantes.

La autora agrega que aproximadamente, entre 25% y 33% de todos los trabajadores mexicanos ha experimentado problemas de salud mental. Esto ha sido notorio especialmente en los trabajadores concentrados en el oeste y costa este del país, quienes han presentado altos niveles de depresión y ansiedad. Además, el comportamiento depresivo y la ansiedad estuvieron positivamente relacionados con el aislamiento social, la religiosidad, el proceso de aculturación, la ambivalencia psicológica, la percepción de control sobre sus movimientos y las condiciones de vida y de trabajo de los inmigrantes agrícolas. Aunque son abundantes las investigaciones empíricas que sustentan un efecto negativo de aspectos como el desempleo en la salud mental, existen posiciones de orden teórico y desde distintas disciplinas —en especial desde la psicología y la sociología— que exigen observar con mayor cuidado el supuesto efecto directo del desempleo en la salud mental de los individuos.

Caicedo y Van Gameren (2016), a partir de mediciones de la escala de Kessler-6, analizaron los niveles de salud mental de los inmigrantes mexicanos, los mexicoamericanos y otros hispanos en Estados Unidos y encontraron menor presencia de malestar psicológico en los primeros respecto de los demás grupos. Además, los autores observaron que el riesgo de desarrollar Malestar Psicológico No Específico severo es mayor en las personas desempleadas y que los mexicanos desempleados en Estados Unidos, en relación con otros hispanos y con la población nativa, presentan los más bajos niveles de MPNE. También constataron la mayor probabilidad de las mujeres a experimentar estos problemas.

Algunas de las diferencias más destacadas entre nativos e inmigrantes en materia de salud mental son las relacionadas con el abuso de sustancias, en particular las drogas distintas al alcohol. De acuerdo con Escobar (1998), en la población de origen mexicano que vive en los Estados Unidos, el abuso de drogas es cuatro veces mayor entre los mexicoamericanos en relación con los inmigrantes. Esa situación podría estar asociada al fácil acceso a ellas o una relativa

aceptación del consumo recreativo de drogas en dicho país. Este mayor consumo entre los mexicoamericanos, en buena medida, explica las mayores tasas de trastornos afectivos.

Uno de los factores más estudiados que influye en la salud mental de los inmigrantes mexicanos en particular y latinoamericanos en general, es el estrés de la aculturación. La aculturación es entendida como el proceso de adopción de patrones culturales de la sociedad receptora por parte de los grupos minoritarios; algunos de sus indicadores pueden ser el lenguaje, la forma de vestir y el estilo de vida. Distinto a lo que plantean los asimilacionistas (Gordon, 1964), hay quienes defienden la idea de que no es un proceso que ocurra en automático y de forma lineal, y que, por el contrario, en muchos casos está cargado de una serie de tensiones que dificultan dicho proceso (Lara, Gamboa, Kahramanian *et al.*, 2005). Por otro lado, hay quienes señalan que la aculturación puede convertirse en un factor protector de la salud mental y que en ellos intervienen aspectos como el sexo de los inmigrantes y el tiempo de permanencia en Estados Unidos (Zayas, Rojas y Robert, 1998). Por ejemplo, Markides, Krause, Mendes de Leon (1988) en un análisis sobre aculturación y consumo de alcohol entre mexicanos, encontraron que los hombres jóvenes mexicoamericanos con mayores niveles de aculturación reportaron menores niveles de consumo de alcohol y aquellos con menor aculturación tendían a consumir más.

En Estados Unidos, algunos estudios de salud pública sobre latinoamericanos y caribeños muestran que los de reciente arribo, que en teoría tienden a estar más afectados por el estrés de aculturación, tienen mejores niveles en salud mental que aquellos con larga permanencia en dicho país. Entre los factores que causan más perturbación en los nuevos inmigrantes, se ubica la separación familiar, y en aquellos que cuentan con más años de permanencia en Estados Unidos, está presente el tema de la discriminación (Caplan, 2007). Otro elemento fuente de tensión y estrés en los inmigrantes es la discrepancia entre las expectativas previas al evento de emigrar y las experiencias no cumplidas en el lugar de destino (Negy, Schwartz y Reig-Ferrer, 2009).

En el caso concreto de los dominicanos, la mayor parte de estudios realizados en Estados Unidos sobre la salud mental, centran la atención en la discriminación y el proceso de adaptación de éstos a la sociedad de llegada. Araújo (2009) señala que la discriminación salarial y ocupacional está asociada a altas tasas de depresión. También se ha encontrado asociación entre la baja aculturación y los bajos niveles de estrés. Este resultado podría explicarse por el papel que juegan las redes y concentración étnica como factores protectores de la salud mental de los inmigrantes. En este caso se ha puesto especial atención a la discriminación racial y sus efectos en la salud mental. Al parecer, los dominicanos experimentan situaciones de discriminación similares a las que viven los afroestadounidenses. Incluso se ha comprobado que los niveles de depresión entre mujeres latinoamericanas negras son similares a los observados entre las afroestadounidenses (Ramos, Jaccard y Guilamo-Ramos, 2003).

Araújo (2009) constató que las experiencias de discriminación, en particular, los eventos racistas en un grupo de dominicanas está fuertemente relacionado con altos niveles de estrés. Indicó, además, como lo han señalado otros autores (Portes y Guarnizo, 1991; Padilla, 2008), que la concentración étnica responde a la discriminación y estrés que viven muchos individuos en los contextos de llegada. La conexión con familiares en el lugar de origen actúa como factor protector de la salud mental en la medida en que reduce la exposición a situaciones estresantes y a la discriminación. Baez (2005) puntualiza que los viajes frecuentes de dominicanos entre Estados Unidos y República Dominicana, la cantidad de negocios étnicos, así como las empresas en telecomunicaciones que cada vez ofrecen mayores posibilidades para la comunicación y las empresas que facilitan la transferencia de dinero, ayudan a que las familias permanezcan en contacto evitando, en cierta medida, que la identidad y los valores se diluyan. Aspectos que probablemente reducen la exposición del estrés de aculturación del que han hablado distintos autores (Caplan, 2007).

La Roche (1999) exploró la relación entre percepción de apoyo social y depresión. En el estudio participaron 82 dominicanos adscritos a instituciones que proveen apoyo a inmigrantes de América

Latina y el Caribe —cursos de inglés, orientación legal, etc.— se comprobó que la percepción de apoyo social se relaciona de manera negativa con la depresión, es decir, cuando mayor es la percepción de apoyo, menores son los niveles de depresión en los dominicanos estudiados. También constató que las principales fuentes de apoyo provienen de la familia.

Otra de las relaciones exploradas con amplitud, es la que tiene que ver con el consumo de alcohol y la depresión, en particular observable entre la población latinoamericana. En un estudio comparativo de consumo de alcohol y drogas a una muestra no probabilística de 288 hombres jóvenes hispanos —puertorriqueños, colombianos y dominicanos— en la ciudad de Nueva York, Zayas *et al.* (1998), encontraron que los puertorriqueños tienen mayores factores de riesgo sociodemográfico —altas tasas de divorcio y desempleo, y menores ingresos— para incurrir en el abuso de alcohol y drogas, en comparación con los otros grupos. Además, tuvieron mayores niveles de aculturación que los dominicanos y los colombianos.

Es de notar que los dominicanos, como los inmigrantes mexicanos, comparten condiciones socioeconómicas similares —bajos niveles de escolaridad, empleos precarios, bajos salarios y altos niveles de pobreza— que ponen a sus hijos en mayor riesgo psicosocial en comparación con los nativos blancos no hispanos (Baez, 2005). Pese a ello, y aunque existen discrepancias en los niveles de salud mental entre las dos poblaciones, en el capítulo II se constató que la población de origen hispano presenta una situación apenas mejor en materia de salud mental, pero que hay algunos matices que se deben tener presentes a la hora de interpretar los resultados a los que nos permiten llegar las fuentes oficiales de salud.

Baez (2005) cita el trabajo de Lewis-Fernández (2000) para explicar cómo ellos examinan a pacientes hispanos adultos, entre los que se incluye a 533 dominicanos y 202 inmigrantes no dominicanos. El estudio arrojó prevalencias de depresión similares entre los dos grupos (22% y 22.8%, respectivamente). Las diferencias entre hombres y mujeres al interior del grupo de dominicanos estuvieron muy acentuadas (10.7% y 25.6%, respectivamente). Asimismo, las per-

sonas pertenecientes a hogares con bajos ingresos tuvieron mayores prevalencias que quienes pertenecían a hogares con ingresos altos. De igual forma, las personas que se encontraban en un mal estado de salud física tuvieron prevalencias mayores de depresión. Los autores hacen hincapié en que las diferencias observadas no son consistentes con lo que plantea parte de la bibliografía relacionada con la salud mental en Estados Unidos, pues pese a que los dominicanos constituyen uno de los grupos en mayor desventaja socioeconómica, sus niveles de enfermedad mental, en específico la depresión, no son superiores a los de otros grupos de hispanos.

En suma, en el caso dominicano la producción bibliográfica revisada en el tema se puede dividir en dos vertientes, quienes muestran la mejor situación en salud mental de los dominicanos en comparación con la población nativa blanca y con sus descendientes, y quienes argumentan que este grupo experimenta mayores tasas de enfermedades mentales como depresión y ansiedad. Así como mayor deserción escolar, abuso en el consumo de drogas y mayor participación en pandillas (Portes, 2005). Es un resultado inverso a lo que se podría esperar, como lo señaló la escuela de sociología de Chicago en el siglo XX, en donde el proceso de adaptación de los inmigrantes los llevaría de forma paulatina a una mejor posición en la sociedad estadounidense (Zhou, 1997). La otra vertiente de estudios la integran quienes señalan que los inmigrantes dominicanos al igual que otros grupos de América Latina y el Caribe que viven en los Estados Unidos, están expuestos a una serie de factores estresores —el proceso de aculturación, la discriminación, la pobreza, la falta de empleo, la carencia de empleos remunerados y de oportunidades de desarrollo e integración a la sociedad receptora, entre otros—, que afectan su salud mental.

Pese a la abundante producción científica sobre el tema de inmigración dominicana y al conocimiento generado en torno al tema de la salud mental de este grupo étnico en Estados Unidos, lamentablemente la bibliografía revisada (Caplan y Buyske, 2015; Araújo, 2009; Araújo y Panchanadeswaran, 2010; La Roche y Castellano, 1997; La Roche, 1999; Zayas *et al.*, 1998, Pérez, 1998) no aporta

datos sobre el estado de salud mental de esta población previo al evento migratorio, que sería central para tener una información más precisa sobre el origen de las enfermedades mentales en estos inmigrantes. No se encontraron trabajos que profundicen en la relación entre migración internacional, condiciones de empleo y salud mental.

Con relación a los colombianos, es probable que por tratarse de un grupo numéricamente menor y con una tradición migratoria a Estados Unidos más reciente en comparación con los mexicanos y los dominicanos, los trabajos sobre los colombianos y su salud mental sean escasos. Los pocos trabajos que logramos ubicar estudian principalmente la salud mental de este grupo en su país de origen. Por ejemplo, Gómez y Rodríguez (1997) en un estudio probabilístico realizado a personas entre 16-60 años, en el que emplearon la escala de Zung para medir depresión, encontraron que el 11.8% de la población tenía un nivel leve de depresión, el 3.4% moderada y el 0.6% presentaba un nivel severo. De acuerdo con los autores, aspectos como el sexo, la edad, el estrato socioeconómico, la ansiedad, la percepción de la salud, la percepción general de sí mismo y los intentos de suicidio estuvieron asociados con depresión.

Posada-Villa, Buitrago-Bonilla, Medina *et al.* (2006), con datos de la Encuesta Mundial de Salud Mental del año 2000, encontraron que, en Colombia, la ansiedad es el principal trastorno mental que afecta a la población entre 18-65 años de edad. El 19.3% de estas personas reportó haber tenido alguna vez en su vida un trastorno de ansiedad y la prevalencia fue mayor en mujeres (21.8%). Entre estos trastornos, el de mayor prevalencia es la fobia específica con mayor presencia en las mujeres (13.9%). El Pacífico colombiano y la ciudad de Bogotá presentaron los valores más altos. Los autores encontraron que de las personas que tienen un trastorno de ansiedad, el 20.7% no cuenta con acceso al sistema de seguridad social en salud. Información reciente de la OMS (2017) indica que en 2015 la prevalencia de depresión en Colombia fue de 4.7% y la ansiedad de 5.8%, valores inferiores a los reportados por la misma fuente para población estadounidense (5.9% y 6.3%, respectivamente).

Kail, Zayas y Malgady (2000) observaron aspectos como la depresión, la aculturación y su relación con el consumo de alcohol en Estados Unidos. Estudiaron a 288 hombres colombianos, dominicanos y puertorriqueños, y encontraron que en los tres grupos la depresión está asociada con el consumo de alcohol. Constataron que, en promedio, los colombianos tienen mayores niveles de depresión que los dominicanos (4.5% y 2.8%, respectivamente) y los puertorriqueños tienen un porcentaje ligeramente superior al de los colombianos (4.7%). Además, para los colombianos la aculturación parece contribuir directamente a los problemas de consumo de alcohol.

Cislo (2007) señala que los colombianos reportan niveles más altos de estrés psicológico que los cubanos. Observó que un fuerte grado de aculturación resulta benéfico para los cubanos, pero no para los colombianos y una fuerte identidad étnica se asocia con menor presencia de trastornos psicológicos en ambos grupos. El autor concluyó que la aculturación y la discriminación tienen incidencia en la salud mental de estas poblaciones. Caplan *et al.* (2015), en un análisis sobre búsqueda de ayuda y autoconocimiento de la depresión en 177 pacientes de atención primaria de origen dominicano, ecuatoriano y colombiano en el noreste de los Estados Unidos, encontraron que el 25% de los inmigrantes —de los tres grupos— tuvieron depresión y ésta, entre otros factores, estuvo asociada con la pobreza, el estigma y el estrés. Los autores constataron que entre los factores que inciden en la búsqueda de ayuda de estas poblaciones estuvieron presentes el sexo, las dificultades funcionales y el grado de severidad de la depresión.

De acuerdo con Meluk (1990), las respuestas de la población latinoamericana en Estados Unidos frente a la aculturación son diversas, algunos mantienen su identidad cultural, mientras otros tienden a adoptar las costumbres de la sociedad receptora. La autora señala que la aculturación implica cierto grado de estrés psicológico porque en muchos casos, la adopción de un nuevo sistema de valores puede entrar en conflicto con el que el inmigrante ha incorporado a lo largo de su vida, produciendo algún grado de estrés. En general para los jóvenes, y en específico para las segundas generaciones,

puede resultar muy complicado identificarse con dos sistemas de valores totalmente diferentes, el del lugar de origen de sus padres y el del país en que nacieron. La discriminación que experimentan muchos inmigrantes y sus descendientes en el proceso de aculturación también tiene efectos en su salud mental en la medida en que afecta su autoestima, el sentido de identidad y la confianza en la sociedad receptora.

SÍNTESIS Y CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO

En este capítulo se presentaron breves antecedentes de la inmigración mexicana, dominicana y colombiana en Estados Unidos. Se mencionaron los principales factores sociales, políticos y económicos que han dado lugar a que estas migraciones y se sostengan a través del tiempo. Se describió el perfil sociodemográfico actual de los tres grupos de inmigrantes y se señalaron las diferencias entre los mismos. Por ejemplo, los mexicanos se ubican en mayor vulnerabilidad socioeconómica. Aunque su tasa de participación económica es la más alta, perciben los ingresos más bajos y se encuentran más desprotegidos en el mercado de trabajo que otros grupos de inmigrantes.

En el caso mexicano, la producción científica que intenta dar cuenta de la relación entre migración y salud mental es más abundante. Una parte del conocimiento generado en torno al tema plantea que los mexicanos al igual que los dominicanos se ubican entre los grupos con mayor grado de pobreza en Estados Unidos y pese a ello cuentan con mejores niveles de salud mental que los nativos blancos no hispanos. En cambio, los hijos de estos inmigrantes tienen niveles elevados de enfermedades mentales como la depresión y la ansiedad, incluso superiores a los de esta población. Otra parte de las investigaciones ha puesto de manifiesto que no hay conclusiones definitivas respecto de la salud mental de los inmigrantes latinoamericanos y caribeños en dicho país, pues han mostrado que ésta depende de varios aspectos y que poblaciones altamente vulnera-

bles, como los trabajadores agrícolas, muchas veces viven y realizan su trabajo en condiciones altamente precarias que los hace proclives a desarrollar enfermedades mentales.

Respecto de la inmigración dominicana se pudo constatar que existe abundante bibliografía, en particular en la academia estadounidense, sobre este fenómeno, y que buena parte de los estudios se han centrado en la descripción del perfil migratorio, la transnacionalidad del fenómeno, el racismo, y la discriminación que deben enfrentar quienes por diversas razones deciden vivir en Estados Unidos. Se constató que la inmigración dominicana sigue siendo predominantemente femenina, aunque en la última década aumentó sustancialmente la cantidad de hombres en el *stock*. Se hizo hincapié en que esta inmigración se caracteriza por la mayor participación de mujeres no unidas —divorciadas, separadas y viudas—.

Respecto de la revisión de investigaciones científicas sobre la salud mental de los dominicanos, desafortunadamente se encontraron pocos trabajos que aborden el tema desde las ciencias sociales, aunque es de notar que el interés en el mismo es creciente, dada la cambiante y difícil situación que viven los inmigrantes en los distintos contextos de inmigración —sean países en desarrollo o desarrollados—, así como el aumento de enfermedades mentales como la depresión y la ansiedad (De la Fuente, 2012; OMS, 2016). Fue más difícil aun encontrar trabajos centrados en la relación trabajo-salud mental o trabajo-depresión y ansiedad, lo que sorprende debido al notable deterioro de las condiciones laborales de los trabajadores a nivel global. Y en Estados Unidos en particular.

Se identificó a la inmigración colombiana como un fenómeno mucho más reciente y socioeconómicamente diferente a la mexicana y la dominicana en Estados Unidos. Se logró constatar que la emigración colombiana a este país, tal como la dominicana, sufrió un cambio importante en su composición a lo largo de su historia. A inicios del proceso en su mayoría emigraron personas con niveles elevados de escolaridad, mientras que en décadas más recientes se incorporaron al flujo personas de bajos perfiles ocupacionales que salieron del país por motivos laborales. Pese a ello, en la actualidad

predominan las personas con estudios superiores al nivel de preparatoria o *high school*, contrario a lo que ocurre en la inmigración mexicana y dominicana. También los colombianos se ubican en mejor posición, respecto de los demás grupos en aspectos como el grado de dominio del idioma inglés, tipo de empleo y condiciones laborales.

Los trabajos específicos sobre salud mental de los colombianos en Estados Unidos son escasos. Como en el caso dominicano, la bibliografía sobre el tema se ha centrado principalmente en el análisis de la depresión y la ansiedad asociados al proceso de aculturación. Entre los determinantes de estas enfermedades —en inmigrantes colombianos— están presentes el consumo de alcohol y drogas.

En general, el estudio de la salud mental de la población latinoamericana en Estados Unidos está llena de controversias. Hay quienes reportan ventajas para la población de inmigrantes de la región (Adams y Boscarino, 2005; Lewis-Fernández, Das, Alfonso *et al.*, 2005), mientras que otros constatan una peor situación (Rehkopf, Kubzansky y Mandelson, 2008). Estados Unidos cuenta con buenas fuentes cuantitativas y escalas de medición para dar cuenta de la salud mental de su población; sin embargo, una de las grandes limitaciones de estas fuentes es el reducido tamaño de muestra de los inmigrantes latinoamericanos y caribeños. Por ejemplo, la National Health Interview Survey cuenta con escasos tamaños de muestra la población latinoamericana y, por lo general, a excepción de los mexicanos, los investigadores se ven obligados a agregar al resto de latinoamericanos la categoría “otros hispanos”, lo que impide un conocimiento específico —por lugar de origen— de la situación de salud mental de estas poblaciones. Equipos de investigación, que cuentan con recursos para llevar a cabo estudios experimentales o levantar sus propias encuestas, han logrado desagregar el análisis de los latinoamericanos y caribeños por país de origen, llegando a resultados que constatan las diferencias entre grupos étnicos (Vega y Rumbaut, 1991; Alegría *et al.*, 2007; Alegría *et al.*, 2008).

Williams, Haile, González *et al.* (2007) analizan la prevalencia de enfermedades psiquiátricas entre inmigrantes afrocaribeños y afroestadounidenses, y encuentran que el riesgo de las mujeres afro-

caribeñas de desarrollar una enfermedad psiquiátrica es menor en comparación con las del segundo grupo. Además, hallaron bajas tasas de enfermedades psiquiátricas en afrocaribeños de primera generación en comparación con la segunda y tercera generaciones. Sin embargo, los autores puntualizan que los riesgos varían de acuerdo a la historia de la migración, al grupo étnico y al estatus de la misma. Es preciso tener presente que cada estudio establece criterios propios para definir a su población objetivo y es un elemento a tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados de estas investigaciones.⁵

Como señala Cislo (2007), es importante tener presente que el estudio de la salud mental de los inmigrantes latinoamericanos es diferente según el país de origen, pues hay una serie de factores contextuales que pueden incidir de manera diferente en cada grupo étnico y producir efectos distintos en la salud mental de los individuos. Por ejemplo, según el autor, los cubanoamericanos tienen menores prevalencias que los mexicoamericanos y, si se compara a los inmigrantes mexicanos y a los mexicoamericanos con los puertorriqueños, éstos salen en una posición ventajosa en materia de salud mental (Alegría *et al.*, 2008).

⁵ Las diferencias étnicas en materia de salud mental no son exclusivas de Estados Unidos, países de elevada inmigración de los que tenemos conocimiento, como es el caso de Reino Unido, en donde solamente el 7.9% (en el censo de 2001) de la población se autodefine como no blanca, reportan diferencias en las prevalencias de enfermedades mentales en función de la condición étnica. Por ejemplo, en las últimas décadas diversos estudios realizados sobre este tópico mostraron que los afrocaribeños tuvieron entre tres y cinco veces mayor probabilidad de ser admitidos en un hospital con un diagnóstico previo de esquizofrenia (Nazroo e Iley, 2011). Además, los autores señalan que entre las características demográficas de personas afrocaribeñas admitidas en hospitales psiquiátricos destacan hombres jóvenes. Como se observa en el caso de los inmigrantes afrocaribeños en Estados Unidos (Williams *et al.*, 2007), la prevalencia de esquizofrenia es mayor para las segundas generaciones de inmigrantes —hijos de inmigrantes afrocaribeños— en comparación con las primeras generaciones.

Capítulo IV

La interrelación entre migración, trabajo digno y Malestar Psicológico No Específico. Inmigrantes mexicanos y nativos

El trabajo es parte fundamental en la vida de los seres humanos, es una función corporal inherente al hombre. Además de ser un factor de producción, es un concepto fundamental para entender las desigualdades que se presentan en el mercado (Braverman, 1999). De acuerdo con Santana (2012) es un concepto que nos permite entender la manera como se distribuyen la riqueza y el poder en la sociedad y la forma como se integra o se excluye a determinados colectivos. El trabajo cumple un papel estratificador de la sociedad, define patrones de consumo y estilos de vida que hacen más vulnerables socioeconómicamente, a determinados grupos de trabajadores y los ubica en mayor situación de riesgo para desarrollar enfermedades tanto físicas como mentales.

Distintos autores han subrayado las diferencias entre los conceptos trabajo y empleo, que en muchos casos se usan indistintamente. Para Santos (citado por Diez, 1997: 355) el empleo debe ser entendido “como conjunto de modalidades de entrada y salida del mercado de trabajo y como una relación que repercute de forma muy relevante en la estructura social y modela identidades y estatus sociales.” Maruani (2000: 10) presenta una definición operativa del concepto y lo define como “el conjunto de las modalidades de entrada y salida del mercado de trabajo, así como la traducción de la actividad laboral en términos de estatus sociales”, mientras que el trabajo es una actividad de producción de bienes y servicios, y el conjunto de las condiciones del ejercicio de dicha actividad.

En la actualidad, las condiciones de trabajo han recibido gran atención y han sido reconocidas como un determinante social de la salud, así como de las desigualdades en salud, lo que no ha ocurrido con las condiciones de empleo (Benach y Muntaner, 2010). De acuerdo con los autores, entre las razones que explican esta ausencia de interés se ubica la confusión que hay entre los conceptos de trabajo y empleo. Los autores establecen una clara diferencia entre condiciones de trabajo y condiciones de empleo. Las primeras hacen referencia a la exposición a riesgos en el sitio de trabajo, incluyen el ambiente físico, biológico, químico y ergonómico en que los individuos desarrollan el trabajo. A su vez, la organización del trabajo tiene que ver con el ambiente psicosocial, la gestión y el control del trabajo. Las condiciones de empleo, que observaremos en este capítulo, de acuerdo con Benach *et al.* (2010), aluden a las relaciones entre los “compradores” que son los empresarios que pagan por la fuerza de trabajo que “venden” los trabajadores e incluye las circunstancias en las cuales un trabajador realiza su trabajo. Para los autores, esta relación tiene dos componentes fundamentales: el poder entre empleadores y trabajadores y el grado de protección social con que cuentan los segundos. Además, las condiciones de empleo incluyen el empleo estable o fijo de tiempo completo, el desempleo, el empleo precario, el trabajo informal, el trabajo infantil y las situaciones de servidumbre o esclavitud, que, aunque no se muestran como un riesgo inminente para el trabajador, constituyen una amenaza para la salud en general, en la medida que pueden generar incertidumbre y estrés, entre otros.¹

Las condiciones de empleo no son el único indicador que podría ayudar a determinar la salud mental de los inmigrantes o de la población en general en distintos contextos del mundo, no se debe

¹ Valga mencionar que desde la sociología las investigaciones sobre trabajo y la salud mental se han preocupado principalmente por identificar el grado de control del individuo sobre el trabajo, la capacidad de crear y sus efectos en el bienestar psicológico. Se ha argumentado que los trabajos autónomos, creativos y complejos, así como aquellos en los que una persona tiene cierto grado de control sobre otras mejoran la salud mental. Por el contrario, aquellos empleos rutinarios, opresivos y en donde el individuo carece de autonomía pueden generar frustración y angustia (Lenon y Limonic, 2010).

ignorar, que en la salud de los individuos influyen factores que “van desde las predisposiciones genéticas, los ingresos individuales, los hábitos alimenticios y los estilos de vida, hasta el entorno epidemiológico y las condiciones de trabajo” (Sen, 2002: 304). Santana, Lommis, Newman *et al.* (1997) en un análisis sobre los efectos del empleo informal en la salud mental de las trabajadoras en la ciudad de Salvador en el noreste de Brasil, encontraron que el trabajo informal, en comparación con formas de contratación formal, representa un riesgo para salud mental. Benach *et al.* (2010) quienes han estudiado ampliamente los efectos del empleo precario y de otras formas de trabajo “no estándar” o inestables en la salud, argumentan que con el aumento de este tipo de empleos se hacen más comunes las consecuencias psicosociales en la fuerza laboral como la incertidumbre, la ausencia de perspectivas de futuro y la sensación de impotencia.

Existe un amplio consenso en que la situación laboral que viven millones personas en el mundo, y en particular, la de los migrantes, constituye un factor de riesgo para la salud en general y en particular para la salud mental. Pero la gran pregunta es: ¿Cómo dar cuenta de esta realidad de manera objetiva? García (2007) hace hincapié en las limitaciones de los enfoques tradicionales para comprender la situación laboral actual de muchas personas en el mundo debido a la creciente precariedad y heterogeneidad observadas en el mercado. La autora señala que, aunque explicaciones teóricas como la “exclusión social” y el “enfoque de vulnerabilidad” han permitido entender en buena medida lo que ocurre en el mercado de trabajo, la realidad observada es tan compleja y diversa que exige el uso de marcos teóricos lo suficientemente abarcadores explicar el amplio espectro de circunstancias laborales observadas en la actualidad. Ante esta realidad, la OIT ha realizado un esfuerzo por “conceptuar y delinear las diferentes aristas de lo que podría ser considerado un trabajo digno o de calidad con el fin de mejorar los diagnósticos y fortalecer el diseño de políticas en materia laboral” (García, 2007: 7), para ello desarrolló la estrategia de trabajo decente. De acuerdo con la autora, un trabajo decente es el que se realiza en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana. Perspectiva que emplearemos en este análisis.

En este capítulo trataremos de establecer la relación entre las condiciones laborales de los trabajadores nativos e inmigrantes mexicanos en Estados Unidos, es decir, las circunstancias en que las personas asalariadas o cuentapropistas desarrollan su trabajo y el MSNE. Lo integran seis apartados, en el primero se presentan algunos antecedentes en torno a la migración internacional, condiciones de trabajo y la salud mental. En el segundo se define sucintamente la categoría de *trabajo decente* o trabajo digno y se destaca su aplicabilidad en el estudio de las condiciones laborales de la población inmigrante y los nativos en Estados Unidos. En el tercer apartado se describe a la población en la fuerza laboral; en el cuarto se construye un índice de trabajo digno en el quinto se ajustan regresiones binomiales negativas. La información estadística se genera a partir de la National Health Interview Survey (NHIS) de 2014. El último apartado contiene reflexiones finales en tono a los hallazgos del capítulo.

El análisis se dirige a las comparaciones entre los inmigrantes mexicanos, los nativos blancos no hispanos y los afroestadounidenses empleados, entre los 18 y 65 años de edad. Se excluye a la población desempleada porque nuestro interés es indagar hasta qué punto las condiciones actuales de empleo de la población pueden incidir en su salud mental —en el capítulo V se incluye a los subempleados y los desempleados—. El análisis se limita a las poblaciones mencionadas porque los bajos tamaños de muestra con que se cuenta en otros grupos étnicos de interés dificultan observarlos con el nivel de detalle requerido en el presente capítulo.

ALGUNOS ANTECEDENTES

Ya se ha discutido la manera en que la migración complejiza la relación entre trabajo, desempleo y salud mental (Kessler *et al.*, 1999; Pavalko, Mossakowski y Hamilton, 2003; Darity, 2003; Williams, Costa y Leavell, 2010; Craig, 2011) (capítulo I). También se han documentado las dificultades que experimentan muchas personas desde que inician su carrera migratoria hasta que terminan por asen-

tarse en los lugares de destino o retornan a sus países de origen (Vega, Kolody y Valle, 1987). A esto habría que sumar el efecto del contexto de recepción en el proceso de adaptación de los inmigrantes a la nueva sociedad —por las dificultades que muchos deben enfrentar en el momento al ingresar al país— y, como consecuencia, en su salud mental.²

La realidad parece indicar que es imposible estudiar la salud mental aislada del mundo del trabajo. Las transformaciones recientes de la economía y de los mercados laborales en el nivel global, y en particular en Estados Unidos, han llevado al deterioro de las condiciones de empleo de la fuerza laboral y han ubicado a los individuos en un alto grado de vulnerabilidad e indefensión. En concreto, el escenario generado por los procesos de reestructuración productiva ha creado las condiciones para que la incertidumbre y angustia laboral se instalen en la cotidianidad de los trabajadores y, en muchos casos, afecten su salud mental. La OIT (2000) enfatiza que las transformaciones que han sufrido los mercados de trabajo en muchos lugares del mundo no sólo han deteriorado las condiciones laborales de los trabajadores en general, sino que han contribuido a la mayor prevalencia de enfermedades mentales, especialmente entre los inmigrantes, pues la migración en sí misma, como se señaló, encierra una serie de condicionantes que podrían hacer más propensos a los individuos a padecer enfermedades mentales. Este organismo argumenta que, si bien, las causas de las enfermedades mentales entre trabajadores pueden obedecer a distintos factores, existen aspectos que vinculan la prevalencia de estrés, cansancio y depresión a los cambios vigentes en el mercado de trabajo. Estos cambios están asociados en gran medida al proceso de reestructuración económica que viven distintos países del mundo. En este contexto, el desempleo, la inseguridad laboral y la ausencia de protección son las principales fuentes de preocupación y angustia entre los trabajadores. Un estudio realizado por la OIT (2000), muestra que en paí-

² Parte de la discusión presentada en torno a la relación entre migración, desempleo y salud mental fue abordada en Caicedo y Van Gameren (2014; 2016).

ses como Alemania, Estados Unidos, Finlandia, Polonia y Reino Unido existe una tendencia al aumento de enfermedades mentales en la población activa. Uno de cada 10 trabajadores tiene depresión, ansiedad, estrés o cansancio, que en algunos casos terminan en hospitalizaciones o en la pérdida del empleo.

Lasser y Jeffrey (2001) sostienen que la depresión es uno de los problemas de salud mental más frecuente en el trabajo. Se trata de una enfermedad que ha aumentado progresivamente en los países desarrollados desde 1910, y paralelamente, desde 1940 ha disminuido la edad de las personas que tienden a deprimirse. Estos autores argumentan que la depresión suele ser más frecuente de lo que se podría imaginar y, por lo general, se presenta en niveles severos. Además, implica una carga para los trabajadores, sus familias y para los centros de trabajo. Es probable que dos de cada 10 trabajadores sufran depresión en algún momento de su vida, y como se ha argumentado en repetidas ocasiones, las mujeres son 1.5 veces más propensas que los varones a desarrollarla. De acuerdo con estimaciones citadas por los autores, uno de cada diez trabajadores en algún momento de su vida tendrá una depresión clínica grave que exigirá la baja laboral. Estos antecedentes justifican la necesidad de observar las condiciones laborales o de empleo de los trabajadores en general y de los más vulnerables en particular, en este caso los inmigrantes. En el siguiente apartado se define la perspectiva de *trabajo decente* como una categoría analítica útil para el estudio de las condiciones laborales de los inmigrantes mexicanos y población nativa en Estados Unidos.

APUNTES EN TORNO AL TRABAJO DECENTE O DIGNO

La perspectiva de trabajo decente, impulsada por el Director General de la OIT en la memoria de la 87ª Conferencia Internacional del Trabajo (1999), alude a lo que puede ser considerado un trabajo en condiciones de dignidad humana en el actual contexto de reestructuración de la economía y los mercados laborales a escala global. Como se ha mencionado, la reestructuración económica abrió el

camino a la flexibilización de los mercados laborales, que, a su vez, han intensificado la polarización de la fuerza de trabajo e incrementado los niveles de desempleo y el deterioro de las condiciones laborales, exponiendo a los trabajadores a una mayor inestabilidad y desprotección en el empleo.

En los estudios del mercado de trabajo, la perspectiva de *trabajo decente* resulta ser una categoría útil para evaluar las condiciones laborales o de empleo en que se encuentra la población activa en el nivel global, nacional, regional e incluso entre grupos en localidades pequeñas. Por lo que se podría decir que se trata de una categoría lo suficientemente abarcadora y aplicable a diferentes contextos y situaciones laborales. Estas características facilitan el análisis de las condiciones laborales de los trabajadores inmigrantes y nativos en Estados Unidos. De acuerdo con Ghai (2003), el concepto de *trabajo decente* es aplicable a los trabajadores de la economía regular —por lo general asalariados formales—, como a los de la economía informal, los trabajadores autónomos —independientes o cuentapropistas— y los que trabajan a domicilio —sin prestaciones laborales—. ³

El adjetivo de *decente* hace referencia a “algo bueno, de buena calidad o en cantidad suficiente”. Dentro del mismo lenguaje común el *trabajo decente* es aquel suficiente en cantidad y en calidad (OIT, 2001). García (2006) señala que el *trabajo decente* además de ser una estrategia que integra distintas dimensiones o componentes de lo que puede ser considerado como un trabajo en condiciones de dignidad humana, de equidad, seguridad y libertad, es un concepto con un trasfondo teórico que evidencia las carencias existentes dentro del mundo del trabajo. De acuerdo con la autora, la perspectiva de *trabajo decente* se estructura a partir de cuatro dimensiones. Una dimensión económica que enfatiza en la necesidad de que existan empleos suficientes y remuneradores; una de seguridad, relacionada con la protección social, una dimensión normativa que se centra

³ En una investigación precedente, Caicedo (2010) empleó datos de la Encuesta Continua de Población del año 2003, para observar las condiciones laborales de los latinoamericanos y caribeños en el mercado de trabajo estadounidense, a través de la perspectiva de *trabajo decente*.

en los derechos de los trabajadores y una de participación que implica el diálogo social.⁴

Anker, Chernyshev, Egger *et al.* (2003) han insistido en la operacionalización del concepto y han realizado un importante esfuerzo por construir indicadores estadísticos que permitan su medición. Destacan que se trata de un concepto aplicable tanto a hombres como mujeres, a economías tradicionales como economías modernas, a los países del mundo desarrollado y países en vías de desarrollo. Además, argumentan que algunos aspectos del *trabajo decente* son absolutos en la medida en que se aplican las mismas normas a todos y en todos los países del mundo —como los derechos laborales fundamentales— y otros son relativos ya que cada país elabora y aplica sus propias normas en torno a lo que considera como *trabajo decente*.

Con esta breve descripción, la perspectiva de *trabajo decente* en este capítulo se utilizará como categoría de análisis para observar las condiciones laborales de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos y la población nativa.

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS DE LA POBLACIÓN EN LA FUERZA LABORAL

En el cuadro 4.1 se presentan características seleccionadas, según el grupo étnico de la población empleada entre los 18 y 65 años que respondió a las preguntas de salud mental de la encuesta. Es necesario señalar que la descripción sociodemográfica que se presentó de estas poblaciones en el capítulo II incluía a la PEA, en este capítulo el análisis está dirigido fundamentalmente a la población empleada. Con la fuente utilizada (NHIS del año 2014), se realizan análisis descriptivos y se ajustan modelos de regresión con la técnica binomial negativa. La NHIS es una encuesta anual de representatividad nacional que reúne información sobre la salud de la pobla-

⁴ Algunos estudiosos del mercado de trabajo son escépticos en torno a la pertinencia del concepto para el estudio científico del mercado de trabajo y las condiciones de la fuerza laboral o población económicamente activa (OIT, 2001).

ción civil no institucionalizada de Estados Unidos. En este año se encuestaron 44 552 hogares con 112 053 personas. En cada hogar se seleccionó a un adulto (de 18 años y más) a quien se aplicó un cuestionario para recabar información general sobre el estado de salud, uso de servicios y comportamientos asociados a la misma. La población afroestadounidense e hispana se encuentra sobrerrepresentada, situación que se compensa con los ponderadores que proporciona la base de datos. A través de la encuesta no es posible identificar población documentada e indocumentada —en el capítulo II se ofreció mayor información acerca de esta fuente—.

Como se mencionó, el universo de estudio lo componen los inmigrantes mexicanos, los nativos blancos no hispanos y los afroestadounidenses empleados, entre 18 y 65 años. Se usa la escala de Kessler-6 que permite medir el riesgo de desarrollar depresión o ansiedad severas, pero no precisa si se trata de una u otra, por esta razón, el valor que se construye da cuenta de Malestar Psicológico No Específico (MPNE), conocido en inglés como Non-Specific Psychological Distress (NSPD). La escala se mueve entre los valores 0 y 24. Puntajes superiores a 12 sugieren alto riesgo de experimentar una MPNE severa (véase Kessler y Mroczek, 1994). En el capítulo II se ofreció mayor información sobre esta escala.

La población nativa se distribuye en cantidades similares en los rangos de edades que se presentan en el cuadro, mientras que los inmigrantes mexicanos se aglutinan principalmente en el rango 28-47 años (64.2%). Asimismo, mientras entre los nativos, la cantidad de mujeres es ligeramente superior, entre los mexicanos hay una notable mayoría de hombres (63.8%), aspecto que, considerando la mayor incidencia de la enfermedad en mujeres, ayudaría a entender en parte, los menores niveles de malestar psicológico en este grupo étnico. La presencia de personas unidas —casadas o en unión libre con la pareja presente o ausente— también es mayor entre los inmigrantes (56.2%), contrario a lo observado entre los afroestadounidenses, donde sólo el 27.3% se encuentra en esta situación conyugal.

La escolaridad de la población se presenta en tres grandes niveles: sin escolaridad, hasta preparatoria incompleta o sin diploma,

CUADRO 4.1
 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y LABORALES DE NATIVOS
 E INMIGRANTES MEXICANOS. ESTADOS UNIDOS, 2014*

<i>Variables</i>	<i>Nativos blancos no hispanos</i>	<i>Afro- estadounidenses</i>	<i>Inmigrantes mexicanos</i>
n	9 777	1 743	954
N	29 832 648	4 700 856	1 992 963
<i>Edad</i>			
18-27	18.3	19.3	10.4
28-37	22.9	26.9	33.9
38-47	21.6	22.3	29.9
48-57	23.2	21.6	17.8
58-65	14.1	9.9	8.1
Total	100	100	100
<i>Sexo</i>			
Hombres	50.7	43.2	63.8
Mujeres	49.3	56.8	36.2
Total	100	100	100
<i>Estado civil</i>			
Unidos	48.3	27.3	56.2
Alguna vez unidos	20.7	23.2	18.9
Nunca unidos	31.0	49.6	24.9
Total	100	100	100
<i>Escolaridad</i>			
Sin escolaridad o hasta primaria	0.2	0.3	9.5
Hasta preparatoria sin diploma	4.0	7.4	45.5
Preparatoria con diploma	20.3	27.9	25.5
Superior a la preparatoria	75.6	64.4	19.5
Total	100	100	100
<i>Nivel de pobreza</i>			
Arriba de la línea de pobreza	93.2	84.5	78.8
Debajo de la línea de pobreza	6.8	15.5	21.2
Total	100	100	100
<i>Ocupaciones</i>			
Ejecutivas y profesionales	42.1	27.7	9.2
Técnicos	3.7	4.0	1.9
Vendedores y soporte administrativo	22.7	24.3	10.1
Diversos servicios	13.0	22.8	25.2
Agrícolas, pesca y forestales	1.1	0.5	10.5

LA INTERRELACIÓN ENTRE MIGRACIÓN, TRABAJO DIGNO

<i>Variables</i>	<i>Nativos blancos no hispanos</i>	<i>Afro- estadounidenses</i>	<i>Inmigrantes mexicanos</i>
Agrícolas, pesca y forestales	1.1	0.5	10.5
Construcción, transformación, mantenimiento y reparación	17.4	20.7	43.1
Total	100	100	100
<i>Antigüedad en el empleo principal</i>			
Menos de un año	23.8	27.1	22.5
1-3 años	17.1	20.8	18.2
4-10 años	29.9	29.5	36.9
Más de 10 años	29.3	22.7	22.5
Total	100	100	100
<i>Ingresos anuales personales</i>			
Hasta 19 999	20.2	29.9	38.4
20 000-54 999	46.3	50.7	53.4
55 000 y más	33.5	19.4	8.2
Total	100	100	100
<i>Cobertura médica</i>			
No tiene seguro médico por el empleo	27.8	26.5	53.1
Tiene seguro médico por el empleo	72.2	73.6	46.9
Total	100	100	100
<i>Pago de licencias por enfermedad</i>			
No le pagaron los días de ausencia por enfermedad	38.7	36.3	64.4
Le pagaron los días ausencia por enfermedad	61.3	63.8	35.6
Total	100	100	100
<i>Horas trabajadas usualmente por semana</i>			
Trabaja 1-34 horas por semana	20.7	18.9	21.0
Trabaja 35-48 horas por semana	56.0	63.7	63.0
Trabaja 49-60 horas por semana	19.4	14.5	11.8
Trabaja más de 60 horas por semana	3.9	3.0	4.2
Total	100	100	100
<i>TPNE</i>			
Es bajo el riesgo de una TPNE Severa	98.4	98.1	96.7
Riesgo de una TPNE Severa	1.6	1.9	3.3
Total	100	100	100

Fuente: Cálculos propios, con base en NHIS-2014. IPUMS. Para el análisis de las distribuciones porcentuales se realizaron pruebas Pearson Chi-Square, con nivel de confianza de 95 por ciento.

*Los porcentajes se calcularon con base en la N.

preparatoria completa o con diploma y superior a la preparatoria. Aunque los porcentajes son distintos en cada uno de los grupos, se constata la concentración en la categoría de preparatoria con diploma. Es de destacar la baja participación de los inmigrantes mexicanos en el nivel de estudios superior a la preparatoria (19.5%) en comparación con la población nativa blanca no hispana (75.6%), así como la población afroestadounidense (64.7%). También se incluye información acerca del nivel de pobreza (por ingresos) de la población y se constatan diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos. El porcentaje de inmigrantes viviendo por debajo de la línea de pobreza (21.2%) triplica al de la población nativa blanca no hispana (6.8%) y excede considerablemente el de los afroestadounidenses (15.5%).⁵

Se agrega información sobre la inserción ocupacional. Se construyó la variable “ocupaciones” a partir de seis categorías —las mismas que se emplearon en los capítulos II y III— “Ejecutivos y profesionales”; “Técnicos”, excepto las relacionadas con la salud, “Vendedores y ocupaciones de soporte administrativo”; “Ocupaciones en servicios” relacionadas con los servicios de protección, de apoyo al cuidado de la salud, preparación de alimentos, limpieza y mantenimiento de edificios, jardines y cuidados personales, entre otras; “Industria, construcción y mantenimiento”; “Ocupaciones en operación de maquinaria industrial” y las “Ocupaciones relacionadas con la agricultura, pesca y silvicultura entre otras” (Caicedo, 2010).

La inserción ocupacional también muestra una amplia diferencia entre los tres grupos, mientras que el 42.1% de los nativos blancos no hispanos se concentran en las ocupaciones de mayor calificación, solamente el 27.7% de los afroestadounidenses y el 9.2% de los inmigrantes mexicanos participa en este tipo de ocupaciones. En cambio, estos últimos destacan por su participación como trabajadores en ocupaciones relacionadas con los servicios (25.2%), y con la industria de la construcción, transformación y mantenimiento (43.1%).⁶

Respecto de la jornada de trabajo, dividida en las siguientes categorías: 1-34 horas por semana, 35-48 horas por semana, 49-60

⁵ Para el análisis de las distribuciones porcentuales se realizaron pruebas Pearson Chi-Square, con nivel de confianza de 95%.

⁶ En un ejercicio exploratorio la autora realizó un análisis similar (Caicedo y Van Gameren, 2016).

horas por semana y más de 60 horas a la semana, se nota una distribución similar entre afroestadounidenses e inmigrantes mexicanos, mientras que los nativos blancos no hispanos tienden a trabajar jornadas más largas, es decir, superiores a las 48 horas semanales; pero a la vez se observa una participación importante en el trabajo de tiempo parcial —la más alta entre los grupos. Es importante anotar que la categoría “1-34 horas” no da cuenta en estricto sentido del tiempo parcial, pues la encuesta no indaga los motivos que llevan a un individuo a trabajar menos de 35 horas a la semana. Las razones por las que una persona labora esta cantidad de horas son diversas y pueden depender del mercado o del individuo (Census Population Housing, 2000). La mayoría de los trabajadores cuenta con antigüedad superior a los tres años en su empleo principal. Un porcentaje importante tiene menos de un año, en especial los afroestadounidenses (27.1%). En materia de ingresos anuales por trabajo, los mexicanos se ubican en mayor porcentaje en el rango más bajo (38.4%) y los nativos blancos no hispanos tienen la mayor participación en el más alto (33.5%).

En lo que tiene que ver con las licencias por enfermedad pagadas, los mexicanos presentan el porcentaje más alto (64.4%) de trabajadores sin esta prestación, así como el porcentaje más alto de trabajadores sin seguro médico pagado a través del empleo (53.1%). Finalmente, se presenta información sobre la escala de Kessler (K-6), en donde se muestran los porcentajes de personas con bajo, moderado o alto riesgo de desarrollar un MPNE severo. El 3.3% de los inmigrantes mexicanos tiene alto riesgo de desarrollar un MPNE severo o una enfermedad mental grave, mientras que los porcentajes para los nativos blancos no hispanos y los afroestadounidenses son inferiores significativamente 1.6% y 1.9%, respectivamente.⁷

⁷ En los capítulos I y II discutimos en torno a la necesidad de utilizar grupos de referencia distintos a los nativos blancos no hispanos para analizar la salud mental de los inmigrantes. En este capítulo en particular observamos la salud mental de los inmigrantes mexicanos y nativos, porque los bajos tamaños de muestra dificultan las comparaciones al interior del mismo grupo y con otros grupos de latinoamericanos y caribeños. Además, la fuente nos restringe a observar a la población que vive en Estados Unidos.

TRABAJO DIGNO Y
MALESTAR PSICOLÓGICO NO ESPECÍFICO

Es conocido que buena parte de los inmigrantes latinoamericanos realizan su trabajo en condiciones de desprotección e inseguridad. Como se mencionó, la OIT en 1999 empezó a hablar de *trabajo decente* para tratar de explicar lo que significa un trabajo en condiciones de dignidad humana, en el actual contexto de reestructuración de los mercados de trabajo a nivel global. Siguiendo esta perspectiva, en las gráficas 4.1 a la 4.7 y en el cuadro 4.2 se presentan algunos indicadores de trabajo decente de los inmigrantes mexicanos en comparación con la población nativa de este país, a su vez se presentan los índices de déficit de *trabajo decente* o digno para cada uno de los grupos observados.

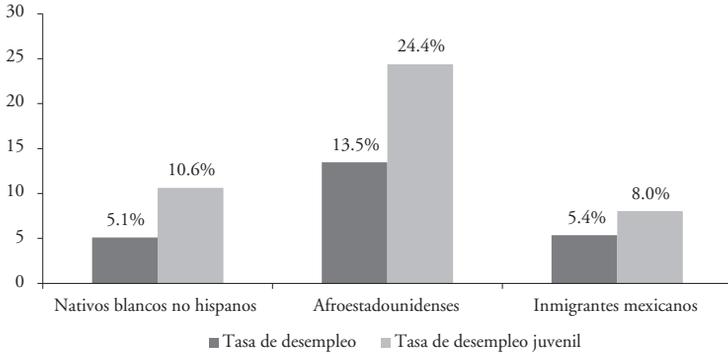
Los indicadores empleados hacen parte de tres de las dimensiones del *trabajo decente* o digno. En la dimensión económica se incluyeron cuatro indicadores: la tasa de desempleo, la tasa de desempleo juvenil, los ingresos bajos y la jornada de trabajo excesiva. La tasa de desempleo bruta se calculó para la población entre 18 y 65 años, mientras que la de desempleo juvenil se calculó para las personas entre los 18 y 24 años de edad. Este par de indicadores son quizás los que reflejan con más claridad la desigualdad en el mercado de trabajo por la constatación sistemática de su correlación con las características visibles de las personas como son el sexo, el fenotipo y la edad (Caicedo, 2010). En Estados Unidos, desde los años setenta, con el proceso de reestructuración económica y la consiguiente reducción de empleos en la industria de la transformación, en los que principalmente se insertaban los trabajadores afroestadounidenses, se ha registrado un notable incremento en los niveles de desempleo de este grupo poblacional (Wilson, 1998; Soja, Morales y Wolff 1983; Soja, 1992).

Aunque se han vertido múltiples explicaciones en torno a esta problemática, es innegable la constatación sistemática de elevadas tasas de desempleo y su correlación con características fenotípicas de los trabajadores (Vedder y Gallaway, 1992; Stratton, 1993; Rodrí-

guez, Allen, Frongillo *et al.*, 1999; Caicedo, 2010). También existe bibliografía clásica que confirma de manera teórica y/o empírica la existencia de discriminación salarial hacia determinados trabajadores (Becker, 1971; Arrow, 1971; Phelps, 1972; Ashenfelter, 1970; Oaxaca, 1973; Blinder, 1973; Aigner y Cain, 1977; Cain, 1984). Para autores como Granovetter (1995), la ausencia de redes sociales ocupacionales de los afroestadounidenses les dificulta el acceso al empleo. La situación de los inmigrantes latinoamericanos, con las respectivas diferencias por lugar de origen, no es mucho mejor a la descrita. Los dominicanos y los puertorriqueños —estos últimos, aun contando con ciudadanía— sistemáticamente registran elevadas tasas de desempleo. La tasa de desempleo juvenil en los tres grupos deja claro que en Estados Unidos es un problema que afecta particularmente a la gente afroestadounidense joven. En la gráfica 4.1 se puede observar esta realidad.

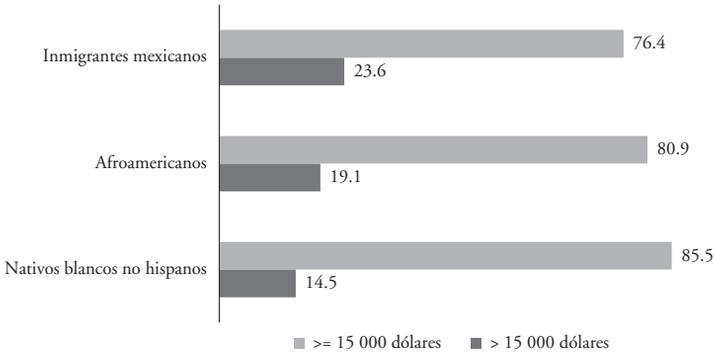
El indicador de ingresos bajos contiene un cierto grado de imprecisión debido a la manera como se presenta la variable en la fuente de datos. Es decir, un criterio usualmente empleado para construir el indicador es el porcentaje de personas empleadas que tiene ingresos inferiores a la mitad de la mediana nacional (Ghai, 2003), pero por desgracia, no disponemos de una variable de ingresos continua que nos permita establecer con exactitud la cantidad de personas que se encuentran en este nivel de ingresos. Por tanto, en este trabajo, se construyó un indicador de ingresos bajos a partir del salario anual de las personas ocupadas. De acuerdo con cálculos elaborados a partir de la American Community Survey de 2014 —que presenta la variable de forma desplegada—, la mediana del ingreso anual por sueldos y salarios para la población empleada del país este año fue 30 700 dólares. Lo que implica que, en nuestro análisis, todas las personas que tuvieron ingresos inferiores a los 15 000 dólares anuales las consideraremos como trabajadores de ingresos bajos. En la gráfica 4.2 se puede observar que entre los inmigrantes mexicanos hay mayor porcentaje de personas que perciben ingresos anuales bajos (23.6%), seguidos de los afroestadounidenses (19.1%).

GRÁFICA 4.1
TASAS DE DESEMPEÑO GLOBAL Y DESEMPEÑO JUVENIL,
SEGÚN GRUPO ÉTNICO. ESTADOS UNIDOS, 2014



Fuente: Cálculos propios, con base en NHIS-2014. IPUMS. Para el análisis de las distribuciones porcentuales se realizaron pruebas Pearson Chi-Square, con nivel de confianza de 95 por ciento.

GRÁFICA 4.2
DISTRIBUCIÓN DE TRABAJADORES, SEGÚN INGRESOS TOTALES ANUALES
Y GRUPO ÉTNICO. ESTADOS UNIDOS, 2014

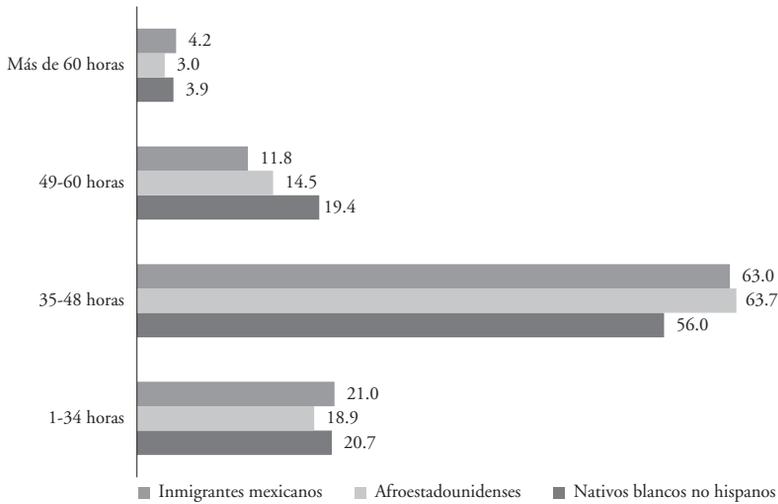


Fuente: Cálculos propios, con base en NHIS-2014. IPUMS. Para el análisis de las distribuciones porcentuales se realizaron pruebas Pearson Chi-Square, con nivel de confianza de 95 por ciento.

Dentro de esta dimensión económica, partiendo de la idea de que no sólo el horario laboral atípico puede perturbar el equilibrio entre el trabajo, la vida familiar y a la salud física y mental de los trabajadores, se incluye la jornada de trabajo excesiva como una situación laboral que podría afectar negativamente este equilibrio; por

tanto, para este ejercicio se construye el indicador jornada laboral excesiva. En el análisis consideraremos que un trabajador que usualmente labora más de 48 horas por semana tiene una jornada de trabajo excesiva. Contrario a lo que podría esperarse, entre los nativos blancos no hispanos se ubica el mayor porcentaje de trabajadores con jornadas de trabajo que exceden las 48 horas semanales (véase gráfica 4.3).

GRÁFICA 4.3
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE TRABAJADORES,
SEGÚN HORAS USUALMENTE LABORADAS POR SEMANA.
ESTADOS UNIDOS, 2014

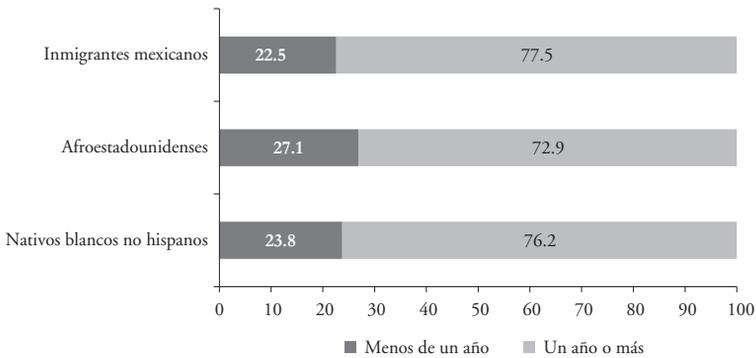


Fuente: Cálculos propios, con base en NHIS-2014. IPUMS. Para el análisis de las distribuciones porcentuales se realizaron pruebas Pearson Chi-Square, con nivel de confianza de 95 por ciento.

Dentro de la dimensión de seguridad se incluyeron tres indicadores: porcentaje de trabajadores con antigüedad en el empleo principal inferior a un año, porcentaje de trabajadores sin cobertura médica pagada a través del empleo y el porcentaje de trabajadores que no les pagan las ausencias laborales por enfermedad. La antigüedad laboral es quizás uno de los indicadores que mejor da cuenta de las condiciones de empleo de los trabajadores. Aunque la manera más precisa

de acercarnos a la estabilidad laboral es a través del indicador “duración del contrato laboral”, la variable que aporta nuestra fuente de datos nos da cuenta de los años que el individuo lleva vinculado a su empleo principal y nos permite crear una medida próxima a la estabilidad en el empleo. En la gráfica 4.4 se presenta la distribución porcentual de los trabajadores, de acuerdo con los años de duración en su empleo principal y el grupo étnico. En ella es posible observar que el porcentaje de personas con menos de un año en su empleo es relativamente bajo para todos los grupos. Los afroestadounidenses son quienes reportan el valor más alto (27.1 por ciento).

GRÁFICA 4.4
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE TRABAJADORES,
SEGÚN ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO PRINCIPAL Y GRUPO ÉTNICO.
ESTADOS UNIDOS, 2014

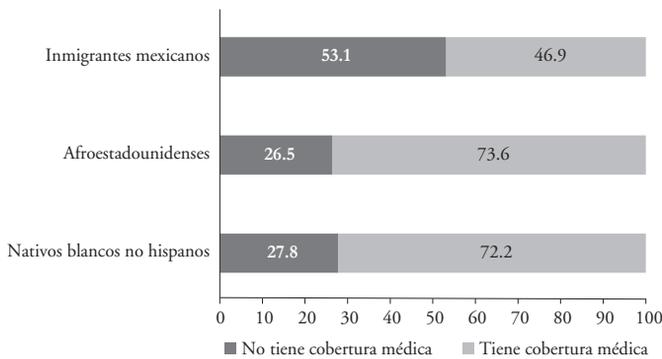


Fuente: Cálculos propios, con base en NHIS-2014. IPUMS. Para el análisis de las distribuciones porcentuales se realizaron pruebas Pearson Chi-Square, con nivel de confianza de 95 por ciento.

La cobertura médica pagada a través del empleo es un indicador que da cuenta de la seguridad laboral de los trabajadores. En la gráfica 4.5 se presenta la distribución porcentual de los trabajadores (entre 18 y 65 años), según si cuenta o no con dicha prestación y de acuerdo con el grupo étnico. Se puede observar que, en general, un porcentaje importante de nativos e inmigrantes se encuentran desprotegidos en su empleo, independientemente de que cada persona cuente con un seguro particular. Los datos confirman que a muchos trabaja-

dores el empleo no les garantiza la protección mínima con que deberían contar para el desarrollo de su trabajo. La cantidad de mexicanos sin seguro médico pagado por el empleador, casi duplica a la de la población nativa (53.1%). Esta cifra, aunque es de esperarse, por las características de la inserción ocupacional de estos trabajadores, no deja de ser alarmante la situación de vulnerabilidad en que se encuentran en este mercado de trabajo.

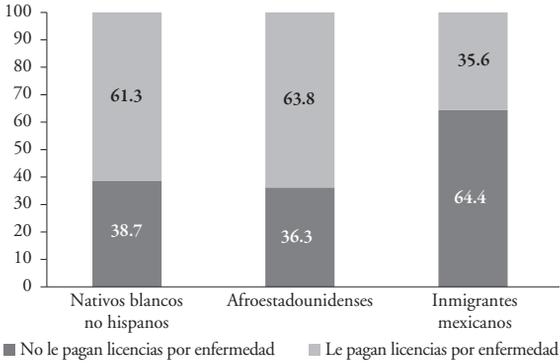
GRÁFICA 4.5
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE TRABAJADORES, SEGÚN COBERTURA MÉDICA A TRAVÉS DEL EMPLEO. ESTADOS UNIDOS, 2014



Fuente: Cálculos propios, con base en NHIS-2014. Para el análisis de las distribuciones porcentuales se realizaron pruebas Pearson Chi-Square, con nivel de confianza de 95 por ciento.

El otro indicador empleado en este análisis es el porcentaje de trabajadores a los que se les pagan licencias por enfermedad. En la gráfica 4.6 se puede constatar que los inmigrantes mexicanos son quienes presentan la peor situación en esta materia. El 64.4% de los inmigrantes mexicanos que deben ausentarse de su trabajo por motivos de enfermedad no le son pagados los días de ausencia, porcentaje bastante superior al de los otros grupos. Lógicamente la desprotección en la que se encuentran muchos inmigrantes mexicanos en el mercado de trabajo puede explicarse en parte por su estatus irregular, que en muchas ocasiones les “obliga” a aceptar los empleos más precarios, con escasas posibilidades de negociación ante el mercado. Lo anterior pone de manifiesto la imposibilidad de ejercer plenamente sus derechos laborales.

GRÁFICA 4.6
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE TRABAJADORES,
SEGÚN LE PAGAN LICENCIAS LABORALES POR ENFERMEDAD.
ESTADOS UNIDOS, 2014

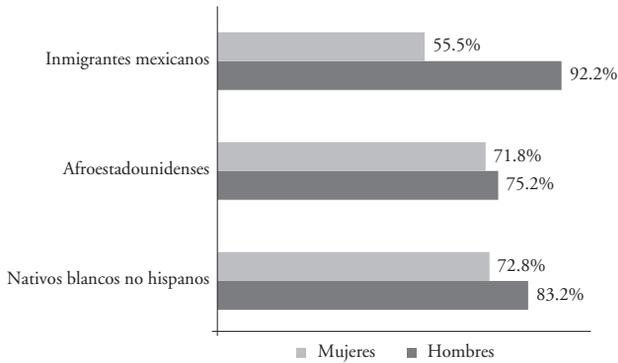


Fuente: Cálculos propios, con base en NHIS-2014. Para el análisis de las distribuciones porcentuales se realizaron pruebas Pearson Chi-Square, con nivel de confianza de 95 por ciento.

Como se mencionó, la dimensión normativa hace alusión a los derechos de los trabajadores. En ésta se incluyó la brecha entre las tasas de participación económica de hombres y mujeres. El indicador compara la proporción de mujeres y hombres que se han incorporado al mercado de trabajo y se obtiene restando a la tasa de participación femenina, la masculina, dando como resultado, casi siempre un valor negativo, debido a que la participación de las mujeres en el mercado de trabajo por lo general es inferior (Caicedo, 2010). Como se puede observar en la gráfica 4.7, todas las mujeres tienen tasas de participación inferior de significado a las de los hombres, pero entre todas, las inmigrantes mexicanas registran las más bajas.

A partir de estos indicadores se construyó un índice sintético de déficit de *trabajo decente* o digno que consiste en sacar un promedio aritmético con los indicadores seleccionados, una vez eliminados los dos valores extremos de la lista. Se le conoce también con el nombre de media recortada. De acuerdo con Bescond, Châtaignier y Mehran (2003) ésta es una manera bastante objetiva de crear un índice, puesto que elimina las posibilidades de sesgo al asignar ponderaciones. La media recortada asigna a cada indicador el mismo peso y al recortar

GRÁFICA 4.7
TASAS DE PARTICIPACIÓN ECONÓMICA, SEGÚN SEXO Y GRUPO ÉTNICO.
ESTADOS UNIDOS, 2014



Fuente: Cálculos propios, con base en NHIS-2014. Para el análisis de las distribuciones porcentuales se realizaron pruebas Pearson Chi-Square, con nivel de confianza de 95 por ciento.

los valores extremos, se reduce el rango de valores de los indicadores y se eliminan los que a la vez hayan sido medidos inexactamente. Además, el método marca claramente la tendencia dominante.

Como se mostró en las anteriores gráficas, en el cuadro 4.2 se puede observar los indicadores más críticos para los trabajadores en general, y en particular, para los inmigrantes mexicanos que tienen que ver con la seguridad en el empleo; el más elevando alude a las licencias por enfermedad no pagadas. Este indicador, como se señaló, ubica a los mexicanos en la peor situación. Otro indicador que muestra valores muy altos es la cobertura médica pagada a través del empleo, donde también los inmigrantes mexicanos se encuentran en desventaja en relación con la población nativa y particularmente la blanca no hispana. La brecha en la participación económica de hombres y mujeres mexicanos es la más alta de los tres grupos, aunque se debe destacar que el nivel de participación económica de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos es bastante mayor al de sus paisanas en su país de origen. Por ejemplo, en el año 2015, la tasa global de participación de la población femenina de 15 años y más, en México fue 43.1% (INEGI, 2015). Los afroestadounidenses cuentan con la diferencia más baja, pero podría estar asociado a las bajas

tasas de actividad económica de los hombres de este grupo en comparación con los demás. Otro indicador destacado entre este grupo, como se pudo observar en la gráfica 4.1 y el cuadro 4.2, es la tasa de desempleo juvenil (24.4%), mientras la de los nativos blancos fue de 10.6% y la de los inmigrantes mexicanos 8.0%.

CUADRO 4.2
ÍNDICE DE DÉFICIT DE TRABAJO DIGNO Y MPNE, ESTADOS UNIDOS, 2014

<i>Indicadores</i>	<i>Porcentajes</i>		
	<i>Nativos blancos no hispanos</i>	<i>Afro-estadounidenses</i>	<i>Inmigrantes mexicanos</i>
Antigüedad inferior a un año	23.8	27.1	22.5
Brecha en la participación	10.35	3.37	36.65
Ingresos bajos	14.5	19.1	23.6
Jornada excesiva	23.30	17.30	16.0
No le pagan inasistencias por enfermedad	38.3	35.8	64.2
No tienen cobertura médica a través del empleo	27.8	26.5	53.1
Tasa de desempleo	5.1	13.5	5.4
Tasa de desempleo juvenil	10.6	24.4	8.0
<i>Índice general</i>	<i>18.3</i>	<i>22.2</i>	<i>26.6</i>
<i>Índice personas con bajo riesgo de TPNE^a</i>	<i>19.8</i>	<i>19.7</i>	<i>26.2</i>
<i>Índice personas con alto riesgo de TPNE^{ab}</i>	<i>35.9</i>	<i>28.3</i>	<i>32.7</i>

^a Se excluyó el indicador de desnivel la tasa de desempleo juvenil, porque implicaba fraccionar demasiado la muestra, y en el caso de los inmigrantes se corría el riesgo de no contar con significancia estadística.

^b Leer esta cifra con cuidado porque en el caso de los inmigrantes mexicanos los tamaños de muestra fueron muy bajos.

Fuente: Cálculos propios, con base en NHIS-2014. IPUMS. Para el análisis de las distribuciones porcentuales se realizaron pruebas Pearson Chi-Square, con nivel de confianza de 95 por ciento.

El índice de *trabajo digno* muestra la peor situación de los inmigrantes mexicanos y los afroestadounidenses en materia de condiciones de empleo. Este no es un resultado nuevo, pero, aunque antes otros autores dieron cuenta de esta situación (Caicedo, 2010), nos permite observar que la precariedad de estos trabajadores continúa. El 26.6% de los trabajadores mexicanos tiene déficit de trabajo digno

y el 22.2% de los afroestadounidenses se encuentra en esta situación, en comparación con el 18.3% de los nativos blancos no hispanos, que, aunque también exhiben un porcentaje relativamente alto significativamente inferior al de estos grupos. Con el interés de observar posibles diferencias entre la población que reportó una posibilidad alta de desarrollar una MPNE y los que reportaron riesgo bajo o moderado de desarrollarla y sin la pretensión de establecer relaciones causales entre MPNE y las condiciones laborales de los inmigrantes, se construyó un índice para cada grupo y se obtuvo que, entre las personas que tienen alto riesgo de desarrollar una MPNE severa se observan peores condiciones de empleo, es decir, índices más altos de déficit de *trabajo decente*.

CONDICIONES LABORALES Y MALESTAR PSICOLÓGICO NO ESPECÍFICO

Con el propósito de establecer la relación entre condiciones de empleo y MPNE, además de revisar el peso de algunas variables laborales en la probabilidad de que un trabajador desarrolle malestar psicológico, se ajustó un modelo de regresión binomial negativa para cada grupo. Tal y como se mencionó en el capítulo II, se aplica este modelo porque la variable dependiente presenta una importante dispersión de los datos y en la mayoría de los casos asume valores muy bajos, incluido el cero. En todos los modelos se usó la variable dependiente MPNE generada a partir de la escala K-6 (en forma continua de 0-24) y las variables explicativas descritas en el cuadro 4.1. Todas, excepto la edad, fueron incluidas como *dummies* y se usó como referencia la primera categoría de cada una de ellas. Decidimos usar este tipo de modelo, por la manera en que se presentan las distribuciones en la escala K-6, la mayoría de las puntuaciones se concentran en los valores más bajos de la escala.

En el cuadro 4.3 se presentan los coeficientes del modelo de regresión binomial negativa. En el caso de los nativos blancos no hispanos, se puede observar que ser mujer incrementa la probabilidad

CUADRO 4.3

MODELO DE REGRESIÓN BINOMIAL NEGATIVA,
CONDICIONES LABORALES Y MPNE

<i>Variables explicativas</i>	<i>Nativos blancos no hispanos</i>	<i>Afroestadounidenses</i>	<i>Inmigrantes mexicanos</i>
Edad	0.068*** (-0.010)	0.045 (-0.028)	0.02 (-0.043)
Edad cuadrada	-0.001*** (0.000)	-0.001* (0.000)	0.000 (-0.001)
Sexo	0.170*** (-0.033)	0.269*** (-0.098)	0.660*** (-0.143)
Alguna vez unidos	0.264*** (-0.041)	0.262** (-0.132)	0.242 (-0.169)
Nunca unidos	0.250*** (-0.042)	0.303** (-0.122)	0.216 (-0.167)
Hasta preparatoria incompleta	0.473 (-0.376)	0.853 (-0.796)	-0.004 (-0.232)
Preparatoria completa	0.296 (-0.369)	0.447 (-0.788)	-0.126 (-0.254)
Superior a la preparatoria	0.292 (-0.368)	0.551 (-0.787)	0.039 (-0.265)
Debajo del umbral de pobreza	0.135** (-0.068)	-0.182 (-0.155)	0.157 (-0.171)
20 000-54 999	-0.225*** (-0.051)	-0.271** (-0.138)	0.252 (-0.168)
55 000 y más	-0.422***	-0.455**	0.195

Le pagan licencia por enfermedad	(-0.059)	(-0.182)	(-0.322)
	-0.075*	0.007	0.068
1-3 años	(-0.040)	(-0.123)	(-0.159)
	-0.174***	-0.015	-0.383*
4-10 años	(-0.050)	(-0.143)	(-0.212)
	-0.242***	-0.172	-0.445**
10 y más años	(-0.052)	(-0.152)	(-0.201)
	-0.310***	-0.28	-0.437*
Cobertura médica por el empleo	(-0.057)	(-0.173)	(-0.236)
	0.004	0.046	0.017
35-48 horas	(-0.044)	(-0.134)	(-0.165)
	-0.110**	-0.099	-0.409**
49-60 horas	(-0.045)	(-0.136)	(-0.171)
	-0.031	-0.244	-0.337
60 y más horas	(-0.055)	(-0.182)	(-0.262)
	0.075	0.558*	-0.046
Constante	(-0.085)	(-0.288)	(-0.36)
	-0.503	-0.645	0.445
Observaciones	(-0.420)	(-0.946)	(-0.935)
Loglik	9,370	1,643	914
Inalpha	-18,289	-2,992	-1,605
	0.571***	1.038***	1.105***
	-0.023	-0.055	-0.074

Errores estándar en paréntesis.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.10

Fuente: Elaboración propia, con base en NHIS-2014. IPUMS.

de obtener una puntuación alta en escala de Kessler-6, en relación con el hecho de ser hombre. En lo que respecta al estado conyugal se obtuvo que la condición de “alguna vez unido y nunca unido” guarda una relación positiva con la escala de K-6, el “haber estado unido alguna vez”, así como la condición de “soltero o nunca unido” aumenta la probabilidad de obtener puntuaciones altas en la escala, en comparación con quienes se encuentran unidos. En este análisis se confirma la relación negativa entre estatus socioeconómico y salud mental ya conocida desde la epidemiología psiquiátrica y la sociología (Dohrenwend y Dohrenwend, 1982; Kessler, 1982; Belle, 1990; Livingston *et al.*, 1991; Fryers, Melzer y Jenkins, 2003; Ortiz-Hernández, López-Moreno y Borges, 2007; Thoits, 2010). Cuando un trabajador se encuentra por debajo del umbral de pobreza, la probabilidad de obtener una puntuación alta en la escala K-6 aumenta en comparación con quien está por encima del umbral de pobreza.

Respecto de los ingresos, los coeficientes permiten constatar que los mayores ingresos reducen la probabilidad de tener una puntuación alta en la escala, es decir, para los trabajadores que perciben entre 20 000 y 45 999 dólares al año, la probabilidad de obtener una puntuación alta se reduce en comparación con aquellos que obtienen ingresos anuales inferiores a los 20 000 dólares; asimismo, para quienes obtienen ingresos anuales de 55 000 dólares y más, la probabilidad de tener puntuaciones altas en la escala se reduce en 42.2 puntos porcentuales.

Otro resultado importante es el relacionado con las licencias por enfermedad pagadas. Para las personas que cuentan con esta prestación, la posibilidad de tener una puntuación alta en la escala K-6, se reduce. En cambio, contar con seguro médico pagado a través del empleo no reportó significancia estadística. Como se mencionó antes, se emplea el tiempo de permanencia en el empleo principal o el empleo más antiguo como una variable próxima de la estabilidad laboral. Asumiendo que una mayor permanencia en el empleo principal podría darnos una idea de la estabilidad en el mismo, se usó como referencia el tiempo inferior a un año y se obtuvo que contar con uno a tres años en el empleo principal implica una

reducción en la probabilidad de obtener una puntuación alta en K-6, en comparación con la categoría de referencia. Para quienes cuentan con 10 años o más en el empleo principal la probabilidad de obtener una puntuación alta en la escala se reduce en relación con aquellas personas que tienen menos de un año de antigüedad en el empleo principal. Al controlar por jornada de trabajo, se obtuvo que para un nativo blanco no hispano, trabajar entre 35 y 48 horas por semana, en comparación con las personas que trabajan menos de 35 horas a la semana, reduce la probabilidad de obtener una puntuación alta en K-6.

Entre los afroestadounidenses la tendencia es similar, el ser mujer incrementa la probabilidad de obtener una puntuación alta en la escala de K-6. La condición de alguna vez unido y soltero o nunca unido sugieren aumentos en la probabilidad de obtener una puntuación alta en la escala, a diferencia de las personas unidas. El umbral de pobreza en este caso no mostró significancia estadística. Pero los ingresos muestran una tendencia similar a la observada en el caso de los nativos blancos no hispanos. Los mayores ingresos reducen la probabilidad de obtener una puntuación alta en la escala y las reducciones son mayores a las observadas en el anterior grupo. En este grupo ninguna de las variables laborales arrojó significancia estadística, excepto en el caso de las horas usualmente trabajadas por semana. Para un afroestadounidense, trabajar 60 o más horas por semana aumenta la probabilidad de obtener una puntuación alta en K-6, en comparación con los trabajadores de tiempo parcial (1-34 horas).

Entre los inmigrantes mexicanos pocas variables presentaron significancia estadística. El ser mujer incrementa la probabilidad de obtener una puntuación alta en la escala de K-6 en comparación con los hombres. Al igual que entre los nativos blancos no hispanos, la mayor antigüedad en el empleo principal reduce la probabilidad de obtener una puntuación alta en la escala. Para quienes cuentan con antigüedad laboral igual o superior a un año, la probabilidad de obtener una puntuación alta en la escala se reduce en comparación con aquellos que tienen menos de un año de antigüe-

dad en el empleo principal. En relación con la jornada de trabajo por semana, se obtuvo que contar con un empleo de tiempo completo; es decir, trabajar entre 35 y 48 horas a la semana a diferencia de quienes trabajan entre 1-34 horas, reduce la probabilidad de obtener una puntuación alta en la escala de K-6.

Estos resultados constatan que, entre la población nativa, en particular los blancos no hispanos, algunas de las variables socioeconómicas que han explicado su salud mental funcionan en el modelo. Además, se encontraron fuertes relaciones entre la K-6 y variables laborales. En el caso de los inmigrantes, llama de manera poderosa la atención, que indicadores de condiciones laborales como la antigüedad en el empleo principal, no tiene el mismo peso en K-6 que el número de horas usualmente trabajadas por semana. Aunque es claro que la situación paradójica en materia de salud mental observada por distintos investigadores (Markides y Coreil, 1986), implica la consideración de distintos determinantes socioeconómicos, no se puede desconocer que el desempleo y las condiciones de trabajo insuficientes, como se ha comentado a lo largo de este libro, constituyen un factor de riesgo para la salud mental de la fuerza laboral. Por eso subrayamos que cuando se controlan distintas variables de condiciones de trabajo no observamos diferencias paradójicas entre nativos blancos no hispanos e inmigrantes mexicanos. En otras palabras, mientras que para trabajadores nativos blancos no hispanos la estabilidad laboral cumple un rol central en la puntuación de K-6, queda claro que en los inmigrantes la ausencia de empleos de tiempo completo constituye una amenaza para su salud mental.

REFLEXIONES FINALES

De acuerdo con la WHO (2014), el riesgo de desarrollar enfermedades mentales está asociado a las circunstancias sociales, económicas y ambientales en que se encuentran los individuos. Aunque es claro que considerar estos aspectos implica desarrollar investigaciones

desde la perspectiva de curso de vida o contar con información que nos permita, en el caso de los inmigrantes, tener un conocimiento claro de su estado de salud, previo a la emigración. Como se ha hecho explícito a lo largo de este libro, existen diversas limitaciones que impiden realizar un análisis de este tipo, por tanto, en este capítulo, a partir de un análisis transversal, se buscó establecer la asociación entre situación socioeconómica, condiciones de empleo y salud mental de los trabajadores.

Los resultados confirman dos aspectos importantes: a) la información descriptiva nos permitió constatar que los inmigrantes empleados presentan mayores posibilidades de desarrollar un MPNE severo, que la población nativa blanca no hispana empleada. b) Aquellos aspectos demográficos, sociales y económicos considerados relevantes para explicar la salud mental de los nativos blancos no hispanos no fueron siempre significativos para los afroestadounidenses y menos para los inmigrantes mexicanos. Pero para estos últimos también se cumple el principio básico de que un empleo estable proporciona a los individuos capacidad de planificar su futuro, seguridad física, la posibilidad de mantener sus habilidades laborales, una posición social valorada y disponibilidad económica (Del Pozo, Ruiz, Pardo *et al.*, 2002) que redunden en su bienestar social, económico y salud mental. Tanto en los inmigrantes como entre los nativos blancos no hispanos, contar con una jornada de trabajo de tiempo completo disminuye la posibilidad de obtener una puntuación alta en K-6, en comparación con los trabajadores que no cuentan con ello. Estos aspectos no sólo reafirman la centralidad del trabajo estable y en condiciones adecuadas en la salud mental de los trabajadores, sino que además refuerzan la idea de que en materia laboral y salud mental los inmigrantes tienen necesidades similares a los nativos blancos no hispanos.

Como consecuencia, por un lado, esto apunta a la necesidad de retomar la discusión en torno a lo que puede ser el trabajo en condiciones de dignidad humana en el marco de las grandes transformaciones económicas y del mercado en el nivel global. Contar con un empleo estable es el indicador con mayor incidencia en la salud

mental de los trabajadores, lo que muestra la necesidad de pensar en acciones encaminadas a favorecer la creación de empleos remuneradores y estables. Por otro lado, nos lleva a profundizar en la relación trabajo y salud mental de los inmigrantes mexicanos y latinoamericanos en general en Estados Unidos. Hace falta responder por qué determinados aspectos influyen en la salud mental de los nativos y no en la de los inmigrantes. Pese a que existen algunas hipótesis en torno a este cuestionamiento, hace falta intentar nuevas respuestas a partir de distintas aproximaciones metodológicas que permitan observar la salud mental de los trabajadores a lo largo de su vida.

En términos generales, y aludiendo al estudio de la OIT, en la actualidad las condiciones laborales representan un riesgo para la salud mental de los trabajadores. Las consecuencias de las enfermedades mentales no sólo afectan a los trabajadores y su entorno familiar sino a los empleadores. Los empleados experimentan agotamiento, episodios de ansiedad, bajo estado de ánimo y estrés, aspectos que además de diezmar su salud en general, pueden ocasionar la pérdida del empleo. Mientras que para la empresa, los principales problemas que generan las ausencias laborales por estas enfermedades se asocian a una menor productividad, la reducción de beneficios y unos elevados índices de rotación de plantillas. De acuerdo con este organismo, para los países la afectación se traduce en un incremento de los costos de la asistencia sanitaria y una disminución de la renta nacional.

Capítulo V

Desempleo, subempleo y Malestar Psicológico No Específico. Mexicanos, dominicanos y colombianos en Chicago y Nueva York

MARITZA CAICEDO
EDWIN VAN GAMEREN

A lo largo de estas páginas se ha señalado que en Estados Unidos la reestructuración de la economía y del mercado de trabajo han favorecido el aumento del desempleo entre algunos grupos étnicos (Wilson, 1991), en particular, en los más vulnerables como los afroestadounidenses y los inmigrantes de determinados orígenes (Caicedo, 2010). Lógicamente, dicha reestructuración no es el único factor que ha determinado los niveles de desempleo entre los distintos grupos étnicos, a ello se suman las diferencias de capital humano de los trabajadores para responder a las nuevas demandas laborales y, en caso de los inmigrantes, el estatus migratorio en que se encuentran en el país —especialmente la población procedente de México y Centroamérica. También se ha argumentado —con posiciones a favor o en contra— que la migración latinoamericana y en particular, la indocumentada han favorecido el crecimiento del desempleo en los grupos más vulnerables de Estados Unidos como los afroestadounidenses (Winegarden y Khor, 1991). Aunque el desempleo no registra los niveles observados en países europeos, es un tema al que se ha prestado suficiente atención, en especial, desde que el proceso de reestructuración económica y la nueva demanda de trabajadores empezaron a dejar al margen a ciertos colectivos de trabajadores.

Respecto de la relación desempleo y salud mental, por lo general, los estudios —realizados tanto en Estados Unidos, como en Europa— han tenido un carácter coyuntural, la mayoría de ellos se

han generado en contextos de crisis económica, por ejemplo, en la década de 1930 y 1940 se publicaron trabajos como el de Jahoda, Lazarsfeld y Zeisel [1933] (1971) en que mostraron que como consecuencia de la desaparición del empleo industrial en una fábrica textil en un pequeño poblado austriaco —Mariantal— hubo un deterioro en la salud mental de los trabajadores y sus familia, disminución de su autoestima y pérdida del sentido del tiempo. Eisenberg y Lazarsfeld (1938) también constataron que el desempleo tiene un efecto negativo en la salud mental de los trabajadores e incluso en la de sus familias. La crisis económica de los años setenta, que afectó profundamente a grandes economías occidentales, generó un crecimiento inusitado del desempleo desde 1974 hasta los ochenta, lo que dio lugar a una producción importante de investigaciones que buscaron establecer la relación negativa entre desempleo y salud mental (Linn, Sandifer y Stein, 1985; Björklund, 1985; Searight, Handal y McCauliffe, 1989). Estudios recientes desde disciplinas como la psicología, psiquiatría, sociología, economía y demografía siguen dando cuenta de esos efectos (Van der Noordt, IJzelenberg, Droomers *et al.*, 2014; Kim y von dem Knesebeck, 2015).

Como se señaló antes, uno de los trabajos que abre las puertas al estudio sociológico de las relaciones entre economía y salud mental es el “El Suicidio” de Emile Durkheim (1928). En este libro el autor muestra cómo la anomia económica genera “perturbaciones del orden colectivo”, que debilitan los vínculos sociales y dejan a la sociedad poca capacidad de integrar y regular las acciones de los individuos, dando cabida a problemáticas sociales como el suicidio. La anomia económica fue una de las causas del suicidio en las sociedades modernas de la segunda mitad del siglo XIX.

En años recientes, distintos estudios desarrollados en Estados Unidos y en Europa han confirmado el incremento de trastornos mentales en periodos de crisis económica, incluso un aumento de ideación suicida y suicidios (Gili, Roca, Basu *et al.*, 2006, 2010 y 2013; Karanikolos, Mladovsky, Cylus *et al.*, 2013; Economou, Mandianos, Pappou *et al.*, 2013; Wahlbeck y Mcdaid, 2012; Reeves, Stuckler, McKee *et al.*, 2012; Barr, Taylor-Robinson, Scott-Samuel *et al.*, 2012; Cooper,

2011; Wang, Smailes, Sareen *et al.*, 2010; Caicedo y Van Gameren, 2016). El desempleo no sólo afecta la estabilidad emocional y la vida familiar de quienes lo padecen (Jahoda, 1987; Micklewright, Pearson y Smith, 1990; Tokman, 2003), sino que tiene consecuencias negativas a nivel social y económico de una región o país. Sen (1997) señala que los altos niveles de desempleo acarrearán para las sociedades en general, pérdida en la producción y carga para el erario público, mayores desigualdades raciales y de género, dificultades para la cohesión social y resistencias a cualquier reorganización económica que implique pérdidas de puestos de trabajo. Para los individuos en particular, la pérdida de libertad y exclusión social, así como el detrimento de sus aptitudes profesionales, disminución de la motivación para el trabajo; la ruptura de las relaciones humanas y problemas familiares, deficiente salud y daños psicológicos (Sen, 1997) (véanse también, Caicedo y Van Gameren, 2014).

En el presente capítulo analizaremos la relación entre desempleo, subempleo y malestar psicológico en inmigrantes mexicanos, dominicanos y colombianos, en las ciudades de Chicago y Nueva York, así como la situación de mexicanos y colombianos en la Ciudad de México y Cali. El capítulo cuenta con cuatro apartados; en el primero se presentan algunas características generales de los inmigrantes en las áreas metropolitanas de Chicago y Nueva York. En el segundo se describe con detalle la fuente de datos levantada en el marco de esta investigación. En el tercero se presentan los resultados y en el cuarto reflexiones sobre los hallazgos alcanzados.

INMIGRANTES MEXICANOS, DOMINICANOS Y COLOMBIANOS EN CHICAGO Y NUEVA YORK

Desde el punto de vista demográfico y de la actividad financiera, Chicago es la tercera ciudad más importante de Estados Unidos, después de Nueva York y los Ángeles. Su área metropolitana, como las de otras grandes metrópolis de este país, cuenta con una alta concentración de inmigrantes, especialmente procedentes de México.

Como ha sido ampliamente documentado (Verduzco, 1997; Massey y Durand, Malone, 2002), la gran presencia de mexicanos en esta ciudad se debe, entre otros factores, a la tradición migratoria establecida desde hace más de un siglo a través del reclutamiento de trabajadores para la industria, a la actual demanda laboral y las redes sociales establecidas a través del tiempo (capítulo II).

Chicago concentra parte importante de las actividades financieras dentro de la economía global, en la actualidad, cuenta con una expansión considerable de ocupaciones en el sector de servicios que requiere trabajadores altamente calificados y, en particular, de baja calificación para satisfacer la demanda de servicios personales de los trabajadores de altos ingresos que este sector emplea (Sassen, 1993). En general, y de acuerdo con Portes (2001), existe una relación estrecha entre las funciones coordinadoras globales concentradas en las áreas metropolitanas de las grandes ciudades como Nueva York, Los Ángeles y Chicago, y el tamaño de los flujos migratorios dirigidos hacia ellas. El autor señala que la presencia de bancos internacionales, sedes corporativas multinacionales e industrias de alta tecnología no sólo ubican a Chicago como una ciudad central dentro de la economía global, sino en el destino preferido de muchos inmigrantes por la gran demanda de trabajadores en los extremos de la escala ocupacional. El 18.9% de la población del área metropolitana de Chicago es inmigrante.

De acuerdo con Sassen (1993), la ciudad de Nueva York es un nítido reflejo de cambios sufridos por la economía y el mercado de trabajo durante los últimos 40 años. En la década de los años setenta, su economía descansaba fundamentalmente en la producción. Entre 1970 y 1980, la ciudad tuvo un declive en el nivel absoluto de empleo, la cantidad de personas empleadas pasó de 3.7 a 3.3 millones, lo que implicó un descenso importante de los empleos en el sector de fabricación y en los de oficinas centrales; además, se generaron pérdidas grandes de empleos en sectores de la economía que contrataban a inmigrantes. Según la autora, después de la crisis fiscal de 1975, la ciudad experimentó una reestructuración de orden político, económico y social. En este proceso tuvieron que ver el sector

financiero y la implementación de un paquete de políticas liberadoras de la economía. Estos aspectos y el alto desarrollo tecnológico alcanzado han hecho que Nueva York ocupe un lugar preponderante dentro de la nueva economía global. En lo que atañe al mercado laboral, los efectos de la reestructuración se han expresado en la disminución del sector de la industria manufacturera y el auge de los servicios financieros y corporativos. En la década de los ochenta se registró un incremento de los empleos en el sector público y de la economía informal (Mollenkopf y Castells, 1991). Los autores argumentan que entre 1977 y 1987 la ciudad de Nueva York experimentó un crecimiento económico inigualable al de otras épocas, pero ello no redundó de manera obligada en la reducción de los altos niveles de pobreza prevalentes en la ciudad. Esto, sin duda tiene correlato en la pérdida de ingresos durante la década de 1970, por la creciente desigualdad social y las características de la nueva inmigración a la ciudad (Sassen, 1993) (véase también Caicedo, 2011).

Pese a las diferencias entre estas áreas metropolitanas, Chicago y Nueva York tienen algunas características en común. En las dos ciudades se ha dado un desarrollo importante del sector de servicios avanzados y una concentración enorme de trabajadores calificados —técnicos, profesionales y ejecutivos— con un alto nivel de consumo que hace necesario el arribo de inmigrantes para desarrollar trabajos mal pagados en la base de la escala de ocupaciones.¹

Uno de los aspectos que caracteriza a las grandes ciudades de Estados Unidos es la segregación espacial en función de la “raza” y la etnia. En lo que respecta a la inmigración mexicana, se concentra en pocos condados del área metropolitana de Chicago. El 63.7% en el condado de Cook, el 12.8% en Kane y el 7.9% en el condado de Lake. Como se mencionó, aspectos como la desigualdad en el ingreso y las prácticas discriminatorias en el mercado de vivienda for-

¹ Es importante aclarar que nuestro interés radica en observar el Malestar Psicológico No Específico en la población inmigrante objeto de estudio, por esa razón nuestro acento está puesto en las ciudades de Chicago y Nueva York y aunque la población encuestada en Ciudad de México y en Cali se incluye para establecer algún tipo de similitud o contraste, no es el propósito de esta investigación adentrarnos en un análisis profundo de estas poblaciones.

talecen la segregación espacial de las minorías étnicas en las grandes ciudades de los países desarrollados, pero también juegan un papel central la búsqueda de protección, puesto que cada grupo étnico tiende a utilizar su concentración en barrios como una forma de contrarrestar la discriminación, facilitar la solidaridad y reafirmar su identidad cultural. Este hecho produce un doble proceso de segregación urbana donde, por un lado, existen grupos étnicos segregados en relación con el grupo dominante y, por otro, segregados entre sí (Castells y Borja, 1998; Portes y Guarnizo, 1991).

En el año 2014 había aproximadamente 13 767 470 inmigrantes mexicanos, dominicanos y colombianos a lo largo del territorio estadounidense, de los cuales el 13.2% se ubicaba en las áreas metropolitanas de Chicago —Chicago, Naperville, Elgin— y Nueva York —New York, Newark, Jersey City—. Los mexicanos se encuentran más distribuidos en otras áreas como Los Ángeles, donde se aglutina el 16.6% de la población que vive en áreas metropolitanas de Estados Unidos, otros de los destinos metropolitanos preferidos por los mexicanos son Dallas (5.8%), Houston (5.8%) y Riverside (5.4%). Los inmigrantes dominicanos se encuentran concentrados en desproporción en el área metropolitana de Nueva York (61.6%) y un alto porcentaje de colombianos (26.2%) también prefiere este lugar para vivir, aunque su principal destino es el área metropolitana de Miami. En el cuadro 5.1 se pre-

CUADRO 5.1
INMIGRANTES EN CHICAGO Y NUEVA YORK. ESTADOS UNIDOS, 2014

<i>Áreas metropolitanas</i>	<i>Mexicanos</i>	<i>Dominicanos</i>	<i>Colombianos</i>	<i>Total</i>
Total en el país	12 006 290	1 038 982	722 198	13 767 470
Total en áreas metropolitanas en todo el país	10 685 263	1 022 031	700 024	12 407 318
Chicago-Naperville-Elgin IL-IN-WI	653 686	4 451	11 043	669 180
New York-Newark-Jersey City NY-NJ-PA	346 670	624 885	172 494	1 144 049
Total inmigrantes en las dos áreas metropolitanas	1 000 356	629 336	183 537	1 813 229

Fuente: Elaboración propia, con base en *American Community Survey*, 2014. IPUMS.

senta la población total de los tres grupos de inmigrantes en las áreas metropolitanas de Chicago y Nueva York.

ENCUESTA DESEMPLEO Y SALUD MENTAL

En adelante se presentan algunas variables de la Encuesta de Desempleo y Salud Mental en Inmigrantes Latinoamericanos en Estados Unidos y en países de origen, 2015 (DSM), levantada en el año 2015 en el marco del proyecto de investigación “Desempleo y salud mental de inmigrantes mexicanos y otros latinoamericanos en Estados Unidos”. El propósito de este apartado es describir las características específicas de estos grupos en las dos áreas metropolitanas mencionadas. El capítulo arroja los resultados de la encuesta aplicada a una población específica, aunque no busca llegar a generalizaciones en torno a la salud mental de los inmigrantes.

La encuesta DSM se levantó durante los meses de abril, septiembre y noviembre de 2015, a través de los consulados mexicano en Chicago y Nueva York; y colombiano y dominicano en esta última ciudad. Con la idea de contrastar resultados, también se realizó en cada país emisor, excepto en República Dominicana, fundamentalmente por razones presupuestales. Se aplicó en las oficinas de empleo de las 16 delegaciones de la Ciudad de México y en el Servicio Nacional de Aprendizaje-SENA de la ciudad de Cali-Colombia. Se aplicaron 1 291 cuestionarios a desempleados y subempleados de México, Colombia, República Dominicana y a inmigrantes de estos orígenes en Estados Unidos. Todos los participantes se ubicaron en el rango de edad 18-65. Se seleccionó a personas entre estas edades, porque la investigación estaba dirigida a la población que formaba parte de la fuerza laboral y aunque en Estados Unidos a partir de los 16 años se ingresa a fuerza laboral y México y Colombia a los 14 y 12 años, respectivamente, por el tipo de preguntas planteadas en el cuestionario decidimos encuestar sólo a personas mayores de edad. Además, tal como lo señala la NHIS (2009), porque los

problemas de salud son diferentes entre niños y adultos, por ello la encuesta usa criterios diferentes para indagar sobre aspectos relacionados con la salud mental de ambos. Incluso, en el caso de la salud mental se ha demostrado que trastornos como la depresión y la ansiedad tienen mayor incidencia en edades avanzadas (NHIS, 2009).

A partir de la discusión desarrollada por distintos autores (Jasso, Massey, Rosenzweig *et al.*, 2004), se realizó la encuesta en los países de origen con el propósito de comparar la salud mental de los migrantes con sus pares. Jasso *et al.* (2004) señalan que una comparación adecuada debería observar la salud mental de los migrantes en relación con población en sus lugares de origen. Además, porque esto nos permitirá formarnos una idea del rol que puede jugar la migración en los resultados de salud mental de los inmigrantes. En la investigación llevada a cabo en 2015 y que dio lugar a este libro, por razones presupuestales, no fue posible realizar un muestro probabilístico que nos posibilitara hacer inferencias sobre la población de estos orígenes tanto en Estados Unidos como en sus países de procedencia.

La muestra empleada fue de “casos-tipo”. Un muestreo de estas características se utiliza cuando el interés de la investigación está centrado en obtener información profunda en torno a una problemática en particular, más que en la representatividad de las poblaciones encuestadas. Es común en diversas investigaciones tanto cuantitativas como cualitativas (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) que pretenden conocer valores, actitudes, percepciones de un grupo individuos en específico. En esta investigación, la población objetivo estuvo compuesta por personas técnicamente desempleadas o subempleadas. 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). Con este conocimiento y el propósito claro de nuestra investigación de dar cuenta de algunos factores que influyen en los resultados de salud mental en los inmigrantes —de los orígenes mencionados— en Estados Unidos, limitamos el análisis a estas poblaciones para ga-

rantizar que el número de casos considerados nos permitieran observar nuestro problema de interés. Las definiciones de desempleado y subempleado se construyeron con base en las definiciones internacionales de empleo y subempleo (Neffa, Panigo, Pérez *et al.*, 2014, ENOE, 2014; CPS, 2014). Los criterios considerados para definir a la población objetivo fueron los siguientes:

- a. Desempleo abierto
 - No haber realizado trabajo pagado durante la semana de referencia.
 - Haber buscado activamente empleo durante el último mes.
 - Estar disponible para empezar a trabajar en el momento en que lo llamen.
- b. Subempleado
 - Haber realizado trabajo pagado durante la semana de referencia, no superior a las 34 horas durante la semana de referencia.
 - Buscar más horas de trabajo.
 - Estar disponible para tomar más horas de trabajo en el momento en que lo llamen.

Además, este tipo de muestreo se combinó con la elección voluntaria, que es muy frecuente en las ciencias sociales y médicas. En los consulados, el cuestionario se aplicó a inmigrantes —mexicanos, colombianos y dominicanos— que acudieron por información y/o a realizar trámites administrativos. Los únicos criterios de legibilidad fueron los señalados anteriormente y la disponibilidad del encuestado para responder el cuestionario. Inicialmente se había planteado llevar a cabo un muestreo por cuotas, pero las circunstancias en terreno hicieron imposible levantar una muestra de estas características, principalmente porque la participación fue voluntaria. Solamente fue posible cuidar el equilibrio en la participación por sexo. Debido a estas limitaciones se decidió aumentar el

número de encuestados, que inicialmente eran 500, para lograr una muestra lo más variada posible.

La encuesta se estructuró con información demográfica, socioeconómica, laboral, de redes sociales y de salud mental —los indicadores de la escala de Kessler-10— y se agregaron algunas preguntas tomadas de los cuestionarios PHQ-9 y GAD (Kroenke, Spitzer y Williams, 2001; Spitzer, Kroenke, Williams *et al.*, 2006). También se recabaron datos relacionados con percepciones y actitudes de los individuos acerca de determinadas situaciones de la vida cotidiana, relación con el trabajo, relaciones de género y percepciones, y actitudes específicas en torno a los síntomas de depresión y ansiedad. Se añadió información sobre el interés de los encuestados en recibir servicios de atención psicológica a través de los consulados visitados. Las preguntas se ajustaron a cada uno de los contextos en donde fue levantada la encuesta. La información obtenida, por un lado, nos permite acercarnos a un conocimiento actualizado y específico sobre las bajas prevalencias de malestar psicológico en un número pequeño de inmigrantes mexicanos, colombianos y dominicanos en las ciudades de Chicago y Nueva York; y por el otro, contribuye al mejor diseño de políticas públicas orientadas a atender las necesidades de salud mental de la población inmigrante (véase anexo 1).

Es preciso dar mínima cuenta sobre cuánto se acercan o alejan nuestros datos de los valores medios de la Encuesta de la Comunidad Americana *American Community Survey* (ACS), 2014. Insistimos en que este análisis se hace no con fines de estricta comparación, sino con el propósito de establecer cuán diferente es nuestra muestra de la población que habita en estas zonas metropolitanas. Dicho de otra forma, no estamos hablando de dos fuentes comparables, más bien, al tomar como referencia a la ACS-2014, buscamos un poco de certidumbre acerca de los datos que estaremos analizando. Por tanto, observamos algunas variables demográficas de ambas encuestas. Aunque en el capítulo III se mencionaron algunas características generales de la ACS, para el propósito de este capítulo no está de más recordar que se trata de una encuesta con

representatividad nacional y de distintos niveles de desagregación geográfica. Se aplica anualmente a tres millones de viviendas seleccionadas en estos territorios, a partir de un listado maestro —o marco muestral— de direcciones. La ACS produce estimaciones anuales para áreas geográficas con 65 000 o más habitantes. Esto incluye: los niveles nacional y estatal; el Distrito de Columbia; 800 condados, al igual que 500 áreas estadísticas metropolitanas, entre otros. También produce estimaciones de tres años para cada una de las divisiones geográficas con 20 000 habitantes o más, incluidos la nación, los estados, el Distrito de Columbia, alrededor de 1 800 condados y 900 áreas metropolitanas, entre otros.

En las áreas metropolitanas de Chicago y Nueva York hay cerca de 1 187 677 personas entre 18 y 65 años, de los orígenes señalados, que forman parte de la fuerza laboral. El 61.7% de ellos se ubica en el área metropolitana de Nueva York y el porcentaje restante en Chicago. Los mexicanos, como se ha podido observar, se concentran principalmente en Chicago, mientras que los dominicanos se ubican en el área metropolitana de Nueva York y el caso colombiano es muy similar. Entre los mexicanos, como ocurre en el nivel nacional, predominan los hombres tanto en Chicago como en Nueva York (64.0% y 68.4%, respectivamente). En el caso de los dominicanos y los colombianos es de destacar que en el área metropolitana de Chicago la presencia de hombres es mayor, contrario a lo que se observa en Nueva York. Sin duda, ello puede ser un efecto de las redes sociales que se han establecido en Nueva York a partir de los primeros inmigrantes, que han facilitado el asentamiento de mujeres a esta área metropolitana (véase cuadro 5.2).²

² Es preciso tener precaución al leer los datos de dominicanos y colombianos en Chicago, porque los tamaños de muestra son muy bajos.

CUADRO 5.2
DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LA POBLACIÓN ENTRE 18 Y 65 AÑOS
EN CHICAGO Y NUEVA YORK, 2014

<i>Lugar de origen y sexo</i>		<i>Chicago-Naperville- Elgin, IL-IN-WI</i>		<i>New York-Newark- Jersey City, NY-NJ-PA</i>	
		<i>Población total</i>	<i>%</i>	<i>Población total</i>	<i>%</i>
Mexicanos	Hombres	445 419	64	254 759	68.4
	Mujeres		36		31.6
	Total		100		100
Dominicanos	Hombres	3 067	59.7	369 172	46.7
	Mujeres		40.3		53.3
	Total		100		100
Colombianos	Hombres	6 503	51.8	108 757	46.8
	Mujeres		48.2		53.2
	Total		100		100

Fuente: Elaboración propia, con base en *American Community Survey*, 2014. IPUMS.

Información sociodemográfica

La distribución por sexo de los encuestados difiere de la observada entre los inmigrantes en las dos áreas metropolitanas, esto se debe al tipo de muestreo empleado en la DSM-2015, en donde generalmente las mujeres accedieron en mayor medida a participar en la encuesta. En el caso de los mexicanos hay diferencias por sexo de acuerdo a la ciudad de residencia, en Chicago la participación de hombres en la encuesta fue mucho menor a la de las mujeres (39.5% y 60.5%, respectivamente), mientras que, en Nueva York, prácticamente se invierte la distribución. En la ciudad de México la diferencia en la participación de los sexos es mínima. Entre los colombianos y dominicanos en Nueva York se contó con mayor participación de mujeres en la encuesta y entre los colombianos en Cali predominaron también las mujeres (véase cuadro 5.3).

En el cuadro 5.4 se presentan las tasas de desempleo de los mexicanos, dominicanos y colombianos entre 18 y 65 años, en las áreas metropolitanas y a nivel nacional. En términos generales, el nivel

CUADRO 5.3
EMPLEADOS Y SUBEMPLEADOS ENCUESTADOS ENTRE 18 Y 65 AÑOS,
SEGÚN CIUDAD Y SEXO, 2015

<i>Origen y lugar de residencia</i>	<i>Población total</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total porcentaje</i>
		<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	
Mexicanos en Chicago	223	60.5	39.5	100
Mexicanos en NY	178	62.4	37.6	100
Dominicanos en NY	290	32.1	67.9	100
Colombianos en NY	75	47.8	52.2	100
Mexicanos en DF	277	50.2	49.8	100
Colombianos en Cali	247	47.8	52.2	100

Fuente: Elaboración propia, con base en DSM, 2015.

CUADRO 5.4
TASAS DE DESEMPLEO DE LOS INMIGRANTES ENTRE 18 Y 65 AÑOS,
SEGÚN ÁREA METROPOLITANA. ESTADOS UNIDOS, 2014

<i>Área Metropolitana</i>	<i>Mexicanos</i>	<i>Dominicanos</i>	<i>Colombianos</i>	<i>Población total</i>
Chicago	6.1	4.4.	4.3	8.8
Nueva York	5.4	8.3	5.6	7.4
Nacional	6.5	8.7	6.5	7.3

Fuente: Elaboración propia, con base en ACS, 2014. IPUMS.

de desempleo de los mexicanos y los colombianos es inferior al reportado en el nivel nacional. Los dominicanos son el grupo con los niveles más altos de desempleo a nivel nacional y en el área metropolitana de Nueva York. Los datos indican que en los espacios de mayor concentración de inmigrantes se presentan tasas de desempleo más elevadas y viceversa.

En el cuadro 5.5 se presenta la población total encuestada, de acuerdo al lugar de origen, residencia y estatus laboral. Como se mencionó, entre los inmigrantes hubo mayor participación de subempleados en la muestra. En las ciudades de Cali y en las 16 delegaciones de la Ciudad de México, se contó con mayor presencia de

CUADRO 5.5
POBLACIÓN TOTAL ENCUESTADA EN CUATRO CIUDADES,
SEGÚN ORIGEN, LUGAR DE RESIDENCIA Y ESTATUS LABORAL, 2015

<i>Origen y lugar de residencia</i>	<i>Población total</i>	<i>Porcentaje de desempleados</i>	<i>Porcentaje de subempleados</i>	<i>Porcentaje total</i>
Mexicanos en Chicago	223	36.3	63.7	100
Mexicanos en NY	178	23.0	77.0	100
Dominicanos en NY	291	44.0	56.0	100
Colombianos en NY	75	30.7	69.3	100
Mexicanos en DF	277	83.8	16.2	100
Colombianos en Cali	247	78.1	21.9	100

Fuente: Elaboración propia, con base en DSM, 2015.

personas desempleadas porque la encuesta fue levantada en oficinas del gobierno a las que acuden específicamente personas que buscan un empleo y/o una capacitación ocupacional —esta última en el caso particular de la ciudad de Cali.

En el cuadro 5.6 se presentan las edades medias de la población estudiada, con base en la ACS-2014 y la DySM-2015. En el caso de los inmigrantes en Estados Unidos, nuestros datos confirman la tendencia observada en la ACS en el total de inmigrantes de origen mexicano y colombiano en las respectivas áreas metropolitanas, excepto el dominicano que hay una diferencia de cinco años de edad. El grueso de la población de estos orígenes es relativamente joven, el grupo con menor edad en la encuesta de DSM-2015 es el de los mexicanos en Nueva York que cuentan con una media de 37 años y el de mayor edad lo constituyen los colombianos con un valor medio de 45 años. En el caso de Cali es posible que la menor media se deba a que hay una sobrerrepresentación de jóvenes que terminaron estudios de bachillerato o preparatoria en las oficinas del SENA a donde se acercan a solicitar alguna capacitación ocupacional para incorporarse al mercado de trabajo, pero realmente se trata de buscadores de empleo.

Se construyó la variable estado civil con tres categorías: unidos, que incluye a las personas que en el momento de la aplicación de la encuesta se encontraban casados jurídicamente y/o a través de alguna religión, y las personas que se encontraban en concubinato o cohabitación; las

CUADRO 5.6
 PROMEDIO DE EDAD DE LA POBLACIÓN EN LA FUERZA LABORAL,
 SEGÚN ORIGEN Y CIUDAD

<i>Origen y lugar de residencia</i>	<i>Edad media DySM-2015</i>	<i>Edad media ACS-2014</i>
Mexicanos en Chicago	39	40
Mexicanos en NY	37	36
Dominicanos en NY	37	42
Colombianos en NY	45	44
Mexicanos en DF	35	–
Colombianos en Cali	31	–

Fuente: Elaboración propia, con base en DSM, 2015.

personas “alguna vez unidas” fueron aquellas que se definieron como divorciadas, separadas o viudas; y las que nunca habían vivido bajo alguna forma de unión conyugal, las llamamos “nunca unidas”. En ambas encuestas se utilizaron los mismos criterios para observar el estado civil de la población, sólo que en el caso de la ACS-2014, se preguntó a las personas unidas si su esposo o cónyuge estaba presente o ausente. En este análisis se consideró como unidas a las personas casadas o en cohabitación con el esposo presente o ausente. También en este caso, aunque los valores son diferentes en las distintas categorías de la variable, nuestros datos coinciden con la tendencia observada en la ACS-2014 (véase cuadro 5.7).

En la encuesta DMS-2015 se observa que los grupos de origen con mayores tasas de unión son los mexicanos en Chicago y en Nueva York (68.5% y 64.6%, respectivamente). Los dominicanos, como lo muestra la encuesta nacional, son quienes presentan las más bajas tasas de conyugalidad y, lógicamente, la más alta de personas nunca unidas (37.0% y 46.7%, respectivamente). Los casos de mexicanos en la ciudad de México y colombianos en la ciudad de Cali, son particulares, en el primero, el 42.4% de los encuestados nunca ha estado unidos y el 49.6% de los encuestados de Cali se ubican en la misma situación. En el caso especial de Cali, no se debe perder de vista que hay una sobrerrepresentación de personas jóvenes que apenas terminaron sus estudios de bachillerato o preparatoria (véase cuadro 5.8).

CUADRO 5.7
ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN EN LA FUERZA LABORAL,
SEGÚN ORIGEN Y CIUDAD, 2014

<i>Estado civil</i>	<i>Mexicanos en Chicago</i>	<i>Mexicanos en NY</i>	<i>Dominicanos en NY</i>	<i>Colombianos en NY</i>
Unidos	60.5	42.3	43.8	53.3
Alguna vez Unidos	10.4	7.6	22.3	21.3
Nunca unidos	29.1	50.1	33.9	25.4
Total	100	100	100	100
n	2 941	1 495	2 446	832
N	447 867	255 967	370 478	108 949

Fuente: Elaboración propia, con base en la ACS-2014. IPUMS.

El año de llegada a Estados Unidos es otra de las variables que se consideró en este análisis. Como se puede observar en los cuadros 5.9 y 5.10, aunque hay diferencias significativas entre los porcentajes mostrados en las dos encuestas (DySM-2015 y ACS-2014), nuestros datos siguen la tendencia observada en la ACS. De acuerdo con esta encuesta, en todos los casos, excepto el de mexicanos en Chicago, más del 61.0% de los inmigrantes llegó a Estados Unidos entre 1991 y 2014, destacándose fundamentalmente la llegada de mexicanos a Nueva York, como ha sido ampliamente documentado por especialistas en este tema (Durand, 2007). Es importante tener presente que, por lo regular, las personas que más acuden a los consulados son las de reciente arribo a Estados Unidos, éstos son básicamente inmigrantes indocumentados que buscan tramitar un documento oficial —matrícula consular— que les permita identificarse como mexicanos.

Se trató de homologar las categorías de escolaridad a las que usa la ACS-2014. Encontramos que si bien, hay diferencias en los valores porcentuales, las tendencias son muy similares en las dos encuestas. Los mexicanos se ubican como la población con los niveles más bajos de escolaridad y los colombianos con los más altos. Pero en el caso de la ACS-2014, todos los grupos se concentran desproporcionadamente en el nivel de estudios de preparatoria y uno o más grados de edu-

CUADRO 5.8
ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN EN LA FUERZA LABORAL, SEGÚN ORIGEN Y CIUDAD, 2015

<i>Estado civil</i>	<i>Mexicanos en Chicago</i>	<i>Mexicanos en NY</i>	<i>Dominicanos en NY</i>	<i>Colombianos en NY</i>	<i>Mexicanos en DF</i>	<i>Colombianos en Cali</i>
Unidos	68.5	64.6	37.0	49.3	42	37.7
Alguna vez unidos	10.5	9.6	16.3	25.3	15.6	12.7
Nunca unidos	21.0	25.8	46.7	25.3	42.4	49.6
Total	100	100	100	100	100	100
N	219	178	289	75	274	244

Fuente: Elaboración propia, con base en DSM, 2015.

cación técnica superior, sin título de licenciatura. En la DSM-2015 hay una concentración importante de personas en el nivel de estudios de preparatoria. Es importante advertir que los desempleados y subempleados generalmente tienen los más bajos niveles de escolaridad (véanse cuadros 5.11 y 5.12).

CUADRO 5.9
AÑO DE LLEGADA A ESTADOS UNIDOS DE LA POBLACIÓN
EN LA FUERZA LABORAL, SEGÚN ORIGEN Y CIUDAD, 2015

<i>Año de llegada a USA</i>	<i>Mexicanos en Chicago</i>	<i>Mexicanos en NY</i>	<i>Dominicanos en NY</i>	<i>Colombianos en NY</i>
Antes de 1970	0.5	0	0.7	2.7
1971-1980	3.2	0.6	3.2	0
1981-1990	12.6	9.7	9.3	9.5
1991-2000	34.7	27.8	27.2	32.4
2001-2015	49.1	61.9	59.6	55.4
Total	100	100	100	100
N	219	178	289	75

Fuente: Elaboración propia, con base en DSM, 2015.

CUADRO 5.10
AÑO DE LLEGADA A ESTADOS UNIDOS DE LA POBLACIÓN
EN LA FUERZA LABORAL, SEGÚN ORIGEN Y CIUDAD, 2014

<i>Año de llegada a USA</i>	<i>Mexicanos en Chicago</i>	<i>Mexicanos en NY</i>	<i>Dominicanos en NY</i>	<i>Colombianos en NY</i>
1948-1970	3.6	1.3	3.9	6.1
1971-1980	13.6	3.5	7.9	11.2
1981-1990	23.5	14.7	23.3	21.7
1991-2000	37.8	36.2	31.5	32.1
2001-2014	21.5	44.4	33.4	28.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
N	219	178	289	75

Fuente: Elaboración propia, con base en la ACS-2014. IPUMS.

CUADRO 5.11
 ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN EN LA FUERZA LABORAL, SEGÚN ORIGEN Y CIUDAD, 2015

<i>Escolaridad</i>	<i>Mexicanos en Chicago</i>	<i>Mexicanos en NY</i>	<i>Dominicanos en NY</i>	<i>Colombianos en NY</i>	<i>Mexicanos en el DF</i>	<i>Colombianos en Cali</i>
Sin escolaridad y hasta primaria	20.8	32.6	3.8	2.7	5.4	1.2
Secundaria	38.0	42.1	7.2	5.3	20.7	2.5
Preparatoria	32.6	21.4	60.5	58.7	47.1	78.9
Licenciatura o más	8.6	3.9	28.5	33.3	26.8	17.4
Total	100	100	100	100	100	100
N	221	178	291	75	276	242

Fuente: Elaboración propia, con base en DSM, 2015.

CUADRO 5.12
 ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN EN LA FUERZA LABORAL, SEGÚN ORIGEN Y CIUDAD, 2014

<i>Escolaridad</i>	<i>Mexicanos en Chicago</i>	<i>Mexicanos en NY</i>	<i>Dominicanos en NY</i>	<i>Colombianos en NY</i>
Sin escolaridad y hasta sexto de primaria	20.9	23.7	6.8	4.1
Secundaria y hasta preparatoria sin diploma	23.1	24.7	20.4	8.6
Preparatoria con diploma y uno o más grados de educación superior sin título de licenciatura	50.6	44.1	56.4	64.3
Licenciatura o más	5.4	7.4	16.5	22.9
Total	100	100	100	100
n	2 941	1 495	2 446	832
N	447 867	255 967	370 478	108 949

Fuente: Elaboración propia, con base en la ACS-2014. IPUMS.

El dominio del idioma inglés es otra de las variables que usamos para comparar nuestros datos con los de la Encuesta de la Comunidad Americana de 2014, en este caso encontramos diferencias entre las dos fuentes. Mismas que podrían estar asociadas a la captación del dato, es decir, a la forma como se planteó la pregunta en cada fuente. En nuestra encuesta el entrevistado debía contestar si habla inglés muy bien, bien, regular, mal o no habla inglés. En la ACS-2014 se preguntó a la persona “si habla sólo inglés”, “lo habla muy bien”, “bien”, “no lo habla bien” y “no lo habla”. Esto hace que las dos preguntas no sean comparables —sabemos que, aunque estuvieran fraseadas de la misma manera, en estricto sentido no serían comparables. Sin embargo, es importante señalar que, como era de esperarse, en el caso mexicano, los inmigrantes de Chicago que tienen una mayor tradición migratoria tienen mayor dominio de la lengua inglesa que quienes se encuentran en Nueva York. Esta tendencia se constata en las dos encuestas (véanse cuadros 5.13 y 5.14). Además, se debe tener presente que en la DSM-2015 se encuestó a personas que se encontraban desempleadas y personas que estaban al límite del desempleo —subempleadas—, y como lo han mostrado diversas investigaciones (Caicedo, 2010; 2010a) el dominio del idioma de la sociedad receptora es un elemento de capital humano que incide de manera directa en la participación económica, la participación en el empleo e incluso el tipo de inserción y las condiciones de empleo.

CUADRO 5.13
NIVEL DE INGLÉS DE LA POBLACIÓN EN LA FUERZA LABORAL,
SEGÚN ORIGEN Y CIUDAD, 2015

<i>Dominio del inglés</i>	<i>Mexicanos en Chicago</i>	<i>Mexicanos en NY</i>	<i>Dominicanos en NY</i>	<i>Colombianos en NY</i>
Habla inglés bien o muy bien	22.0	18.2	35.5	31.1
Habla inglés regular o mal	54.3	59.7	44.6	54.1
No habla inglés	23.8	22.2	19.9	14.9
Total	100	100	100	100
N	223	176	287	74

Fuente: Elaboración propia, con base en DSM, 2015.

CUADRO 5.14
NIVEL DE INGLÉS DE LA POBLACIÓN EN LA FUERZA LABORAL,
SEGÚN ORIGEN Y CIUDAD, 2014

<i>Dominio del inglés</i>	<i>Mexicanos en Chicago</i>	<i>Mexicanos en NY</i>	<i>Dominicanos en NY</i>	<i>Colombianos en NY</i>
No habla inglés	8.3	15.9	13.9	5.3
Habla sólo inglés	2.9	3.0	3.4	6.9
Habla bien o muy bien el inglés	59.3	42.5	55.9	66.7
No lo habla bien	29.5	38.6	26.8	21.1
Total	100	100	100	100
N				

Fuente: Elaboración propia, con base en la ACS-2014. IPUMS.

DESEMPLEO, SUBEMPLEO Y MALESTAR PSICOLÓGICO

Una vez presentadas algunas variables que permiten establecer qué tanto se acercan las características demográficas de la población estudiada a través de la encuesta DSM-2015 a las de la población inmigrante que habita en las áreas metropolitanas de Chicago y Nueva York, en este apartado se presenta un análisis descriptivo de las relaciones entre desempleo, subempleo y malestar psicológico en inmigrantes mexicanos, dominicanos y colombianos en Estados Unidos. En el análisis se usan las 10 preguntas de la Escala de Kessler (K-10), es necesario recordar que los análisis realizados en los capítulos II y IV se emplea la escala de Kessler-6. A continuación se presentan las preguntas que integran la escala.

1. En los últimos 30 días ¿Con qué frecuencia se sintió?
2. Cansado/a sin una buena razón.
3. Nervioso/a.
4. Tan nervioso/a que nada podía calmarlo/a.
5. Inquieto/a e intranquilo/a.
6. Tan impaciente que no ha podido mantenerse quieto/a.
7. Que todo era un gran esfuerzo.

8. Tan triste que nada le alegraba.
9. Sin mérito alguno.
10. Desesperado/a.
11. Deprimido/a.

Las posibles respuestas a cada una de estas preguntas son “Nunca”, “Pocas veces”, “A veces”, “Muchas veces”, “Siempre”. A cada una de éstas se asigna un puntaje que luego se suma Nunca (1); Pocas veces (2); A veces (3); Muchas veces (4); Siempre (5) para obtener valores entre 10 y 50.³ Esta escala ha sido validada para distintas poblaciones, incluidos latinoamericanos (Chatterji *et al.*, 2007; Vargas, Villamil, Rodríguez *et al.*, 2011; Andrews y Slade, 2001; Slade, Grove y Burgess, 2011; Torres y Wallace, 2013). Además, en nuestro análisis medimos la consistencia interna de cada uno de los ítems de la misma, a través del coeficiente Alfa de Cronbach y obtuvimos un valor de 0.89, lo que nos permitió constatar la alta fiabilidad de la escala para observar los riesgos de MPNE en las poblaciones de interés.

Con base en la estratificación de la escala elaborada por *Commonwealth Copyright Administration* (2005), una puntuación entre 10 y 19 indica que el individuo tiene bajo riesgo de presentar una MPNE severa; entre 20 y 24 se indica un nivel leve de MPNE; entre 25 y 29 es un nivel moderado y puntajes de 30 o más indican un riesgo alto de desarrollar una MPNE, que se traduce en una alta probabilidad de desarrollar una enfermedad mental seria (Andrews *et al.*, 2001; Kessler *et al.*, 2003; Kessler, Andrews, Colpe *et al.*, 2002; Coombs, 2005). Estos investigadores constataron que la escala tiene fuertes propiedades psicométricas (Furukawa, Kessler, Slade *et al.*, 2003; Kessler *et al.*, 2002). En nuestra investigación utilizamos la adaptación al español dispuesta al público en: <http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6_scales.php>.

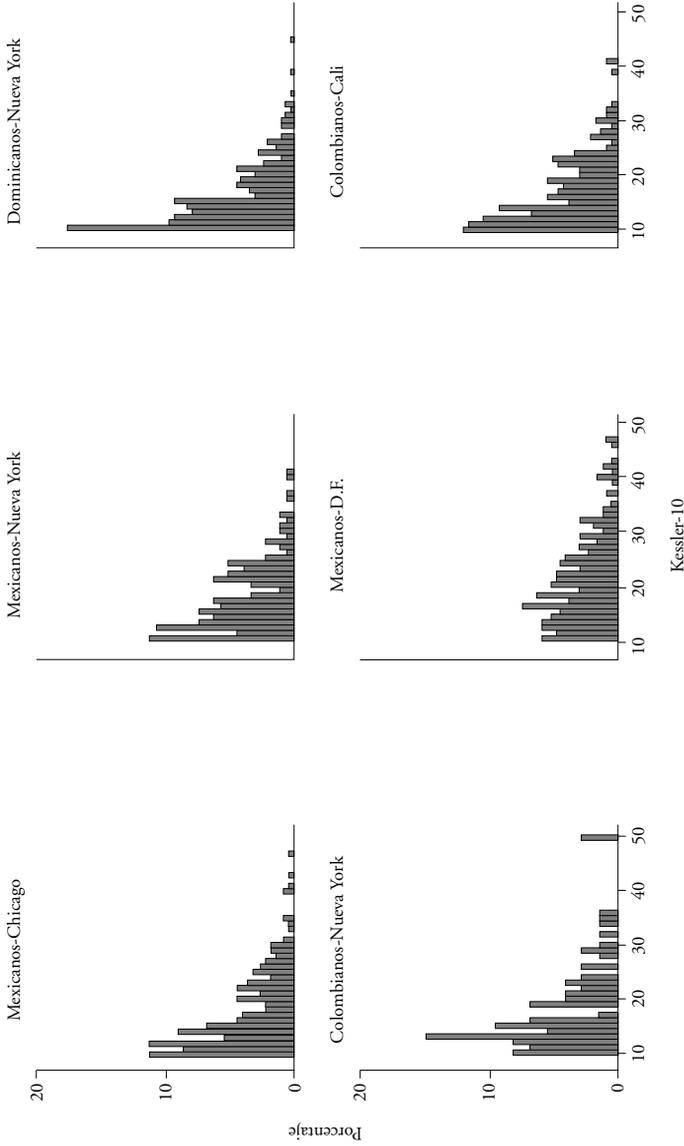
³ En la muestra total hay 22 entrevistados con respuestas incompletas en las preguntas que forman la escala de Kessler. Para 20 de éstos sólo faltan una o dos preguntas y una imputación parece posible, con base en las respuestas a los otros ítems de la escala, el sexo, el estatus laboral y el grupo al que pertenece, utilizando *Multiple Imputation Chained Equations* se determinaron los valores más probables para los ítems faltantes.

La escala K-10 ha sido incorporada a las encuestas de la Organización Mundial de la Salud en 30 países del mundo, por lo que su adaptación a distintos idiomas ha sido comprobada. Además, los autores (Kessler *et al.*, 2003) señalan que las propiedades de la escala son estables en submuestras de las encuestas grandes, lo que hace que funcione bien cuando se aplica a minorías étnicas.

La gráfica 5.1 presenta las distribuciones en los seis grupos de origen y lugar de entrevista, según Kessler-10. Se puede observar que los niveles en la escala son similares entre los inmigrantes mexicanos en Chicago y Nueva York. La mayor parte de ellos se ubican en los puntuaciones más bajas de la escala, igual que los dominicanos y los colombianos. Mientras los mexicanos en Ciudad de México están más distribuidos a lo largo de la misma. Es claro que en todos los grupos las respuestas de los encuestados no indican grandes riesgos de presentar MPNE severos. Sin embargo, los números sugieren diferencias entre los mismos; en particular, los mexicanos entrevistados en la Ciudad de México parecen tener un riesgo más elevado de presentar MPNE.

Tal y como ha sido ampliamente documentado (De la Fuente, 2012; OMS, 2016), en materia de salud mental existen diferencias importantes entre hombres y mujeres. Por lo general, las mujeres tienen mayores prevalencias de enfermedades como la depresión y la ansiedad, aunque como se observó en el capítulo I, existen posiciones divergentes frente a este punto. Los resultados obtenidos a través de la encuesta DSM-2015, muestran una tendencia similar en algunos grupos (véase cuadro 5.15). Entre los colombianos, las mujeres reportan puntajes menores en la escala de Kessler-10 —significativo para los inmigrantes—. En contraste, entre los mexicanos y dominicanos las mujeres en promedio tienen puntajes más altos. La diferencia entre hombres y mujeres es más grande y altamente significativa para los mexicanos en la Ciudad de México, pero no es estadísticamente significativa para los inmigrantes mexicanos en Chicago ni Nueva York. En cambio, entre los migrantes dominicanos en Nueva York, la diferencia es significativa. Desafortunadamente, por restricciones impuestas por los tamaños de muestra, en

GRÁFICA 5.1
 DISTRIBUCIONES DE LA ESCALA DE KESSLER K-10, POR NACIONALIDAD Y LUGAR DE LA ENTREVISTA



Fuente: Elaboración propia, con base en DSM, 2015.

CUADRO 5.15
 ESCALA DE KESSLER-10, PROMEDIOS, SEGÚN SEXO Y LUGAR DE ORIGEN^A

<i>Sexo</i>	<i>Mexicanos Chicago</i>	<i>Mexicanos Nueva York</i>	<i>Dominicanos Nueva York</i>	<i>Colombianos Nueva York</i>	<i>Mexicanos DF</i>	<i>Colombianos Cali</i>	<i>Total</i>
Hombres	16.9	17.4	15.1	20.7	19.3	16.9	17.4
Mujeres	18.2	18.2	16.2	17.5	21.8	16.5	18.0
Total	17.7	17.7	15.9	18.3	20.5	16.7	17.7
Diferencias entre distribuciones	0.2382	0.2853	0.0415	0.0979	0.0042	0.8161	0.0718

^A Valores p de la prueba no paramétrica Mann-Whitney (Wilcoxon rank-sum test) de que la escala tiene la misma distribución en los dos grupos; H_0 : Kessler-10 (hombres) = Kessler-10 (mujeres). Un valor p más pequeña indica que la diferencia entre las distribuciones de los dos grupos es más significativa.

Fuente: Elaboración propia, con base en DSM, 2015.

este capítulo no se realizarán análisis por sexo, pero no desconocemos las implicaciones del género en la presencia de enfermedades mentales (Simon, 1995; Kessler y McRae, 1982; Davies y McAlpines, 1998) y la importancia de desarrollar a futuro análisis que incluyan esta perspectiva, porque más allá de saber si las mujeres son más o menos afectadas por este tipo de enfermedades, amerita profundizar en los aspectos sociales que influyen en estas diferencias.

Además de las 10 preguntas de la escala de Kessler-10, la encuesta Desempleo y Salud Mental incluyó preguntas que permitieron establecer hasta qué punto el estado de ánimo del individuo, en los últimos 30 días, interfirió en el desarrollo de sus actividades cotidianas. Esas preguntas fueron: ¿Cuántos días de los últimos 30, fue totalmente incapaz de trabajar o llevar a cabo su rutina diaria, a causa de su estado de ánimo?; del resto de los días, ¿cuántos, apenas pudo hacer la mitad de las cosas que hace normalmente, debido a su estado de ánimo? En los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha visto a su doctor o profesional de la salud debido a su estado de ánimo? En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia sus problemas físicos han sido la causa principal de estos sentimientos todo el tiempo, la mayoría del tiempo, algo del tiempo, un poco o nunca?⁴

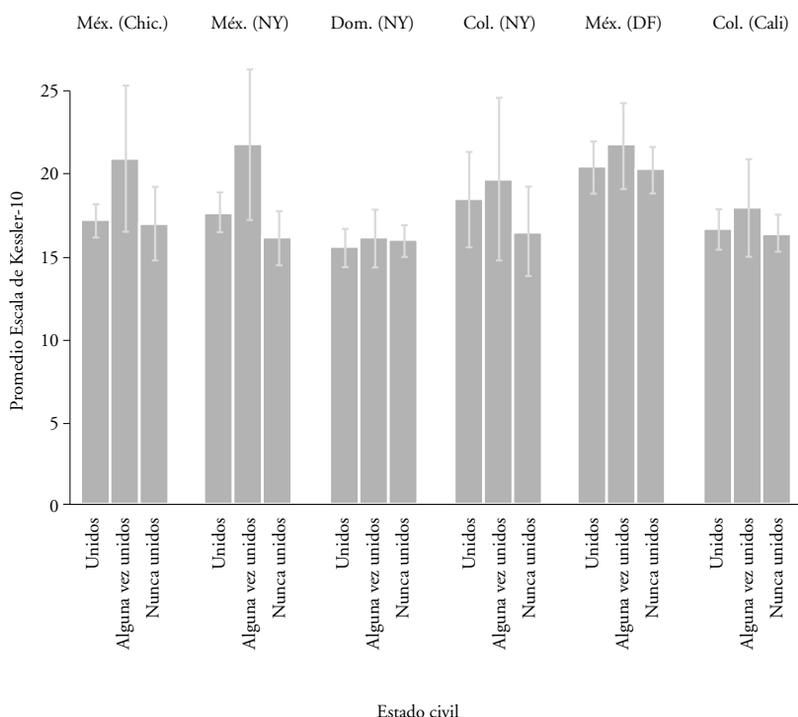
Los datos muestran que la gran mayoría de los encuestados, en los últimos 30 días, no tuvieron días en que fueron totalmente incapaces de trabajar o llevar a cabo la rutina cotidiana debido al estado de ánimo (73.0% de los desempleados y 83.8% de los subempleados). En relación con las respuestas a la segunda pregunta, se obtuvieron porcentajes muy similares (69.6% de los desempleados y 81.2% de los subempleados). Respecto de la tercera pregunta, hubo muy pocas personas que realizaron visitas a personal médico debido al estado de salud. Como se esperaba, existe una correlación positiva entre el puntaje en la escala de Kessler-10 y el número de días en que un individuo fue incapaz de llevar a cabo su rutina diaria. Sin embargo, la correlación está lejos de ser perfecta; en varios grupos parece que hay poca relación entre las respuestas de los en-

⁴ Las preguntas fueron elaboradas a partir de la asesoría y los cuestionarios de Margarita Alegría y con base en los cuestionarios PHQ-9 y GAD (Kroenke *et al.*, 2001).

trevistados en las preguntas de la escala de Kessler-10 y las dificultades para realizar las actividades diarias.

El análisis por edad arrojó pocas diferencias, no así en el estado civil —unidos, alguna vez unidos y nunca unidos—. En el caso de los mexicanos, se observa que los promedios de MPNE son más elevados para las personas divorciadas o viudas; en la mayoría de los casos las personas nunca unidas o solteras presentan puntajes inferiores a los observados en las otras categorías, lo que significa que reportan menor malestar psicológico que quienes viven bajo alguna forma de unión conyugal. Insistimos en que este resultado está muy ligado a la composición de la muestra.

GRÁFICA 5.2
PROMEDIO DE LA ESCALA DE KESSLER-10, SEGÚN LUGAR DE ORIGEN Y ESTADO CIVIL^A

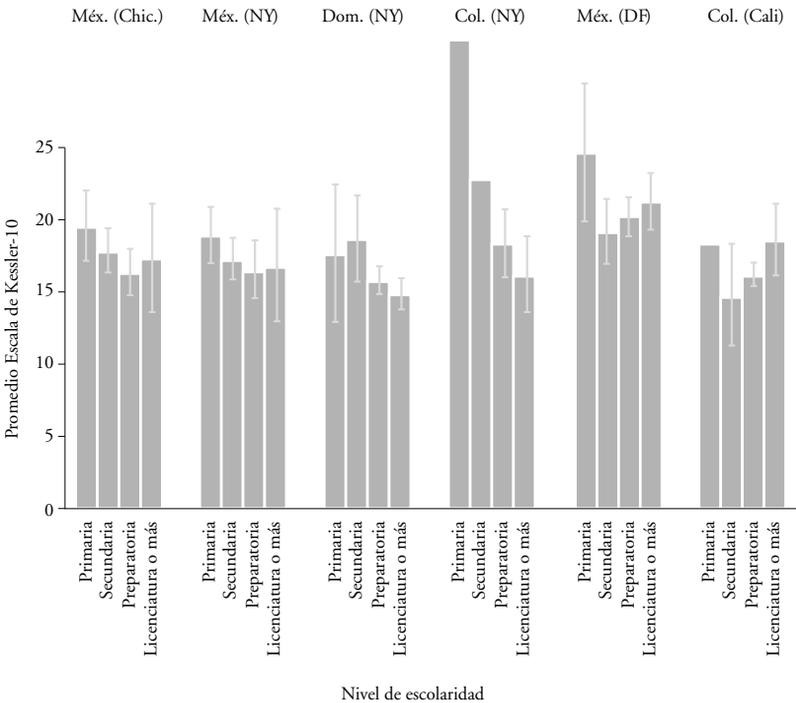


^A La línea indica el intervalo de confianza de 95%, construido con base en la desviación estándar en cada grupo.

Fuente: Elaboración propia, con base en DSM, 2015.

Buena parte de la bibliografía más conocida en torno al tema de la salud mental y la educación coincide en señalar que la mayor escolaridad de la población reduce el riesgo de desarrollar una enfermedad mental (Vega, Kolody y Valle, 1987). En este capítulo se intenta establecer la relación entre la escala de Kessler-10 y la escolaridad. Se crearon cuatro categorías de escolaridad: “hasta primaria terminada”, “secundaria”, “preparatoria”, y “licenciatura o más”. Para los colombianos en Nueva York es muy claro que un nivel de educación más alto se relaciona con menor malestar psicológico. Entre los inmigrantes mexicanos y dominicanos se observa una tendencia similar, —aunque menos fuerte— (véase gráfica 5.3).

GRÁFICA 5.3
 PROMEDIO DE LA ESCALA DE KESSLER K-10, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD Y LUGAR DE ORIGEN^A

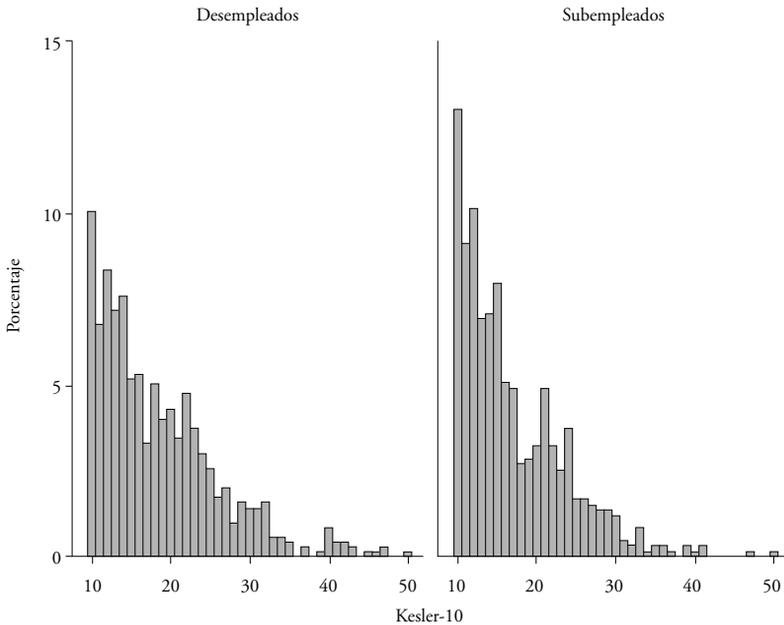


^A La línea indica el intervalo de confianza de 95%, construido con base en la desviación estándar en cada grupo con al menos cinco observaciones.

Fuente: Elaboración propia, con base en DSM, 2015.

La gráfica 5.4 muestra la distribución de los puntajes en la escala de Kessler-10, de acuerdo al estatus laboral, es decir, para desempleados y subempleados. Entre los subempleados los puntajes son muy bajos (10, 11 o 12 puntos) mientras que entre los desempleados los puntajes más elevados (entre 13 y 20) son más frecuentes. En ambas poblaciones, los resultados no sugieren un alto riesgo de desarrollar un MPNE. En este análisis, si nos ubicamos en el valor más alto de la escala, es decir, en puntuaciones por encima de 30 asociadas con un riesgo mayor de desarrollar un MPNE serio, se constata que los desempleados tienen un mayor posibilidad de desarrollar una enfermedad mental grave que los subempleados. Para profundizar en este resultado realizamos *box plots* y algunas pruebas de significancia estadística que se presentan a continuación.

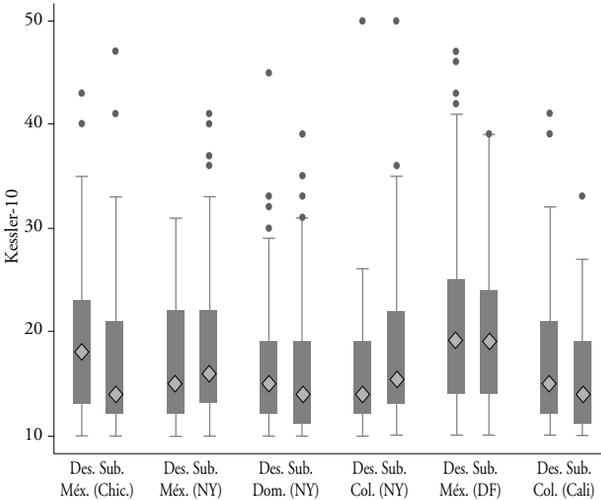
GRÁFICA 5.4
DISTRIBUCIONES DE LA ESCALA DE KESSLER-10, POR ESTATUS LABORAL



Fuente: Elaboración propia, con base en DSM, 2015.

La gráfica 5.5 muestra los puntajes de la escala para cada uno de los seis grupos, según el estatus laboral. Es claro que hay pocas diferencias entre éstos respecto de los percentiles 25 y 75 —indicados por la caja—; sólo para los inmigrantes en Chicago y para los mexicanos y colombianos en su país de origen se observa una tendencia a desarrollar menores niveles de malestar psicológico en desempleados. El cuadro 5.16 muestra los promedios de los puntajes en la escala de Kessler-10 en cada uno de nuestros grupos en los seis lugares de entrevista, de acuerdo al estatus laboral del encuestado. Observamos que no hay una tendencia general entre estatus laboral y MPNE; en cuatro de los seis grupos el promedio en la escala es más alto entre los desempleados que entre los subempleados, pero en los

GRÁFICA 5.5
 DIAGRAMA DE CAJA DE LAS DISTRIBUCIONES DE LA ESCALA DE KESSLER-10,
 SEGÚN ESTATUS LABORAL Y LUGAR DE ORIGEN^A



^A El marcador indica la mediana, mientras que la “caja” delimita el percentil 25 y 75, $x_{[25]}$ y $x_{[75]}$ y la línea está delimitada por los cuartiles $\pm 1.5 * (\text{Rango intercuartílico})$,⁵ mientras los puntos indican valores atípicos.

Fuente: Elaboración propia, con base en DSM, 2015.

⁵ Más preciso, definidos como $L = x_{[25]} + \frac{3}{2} (x_{[75]} - x_{[25]})$ y $U = x_{[75]} + \frac{3}{2} (x_{[75]} - x_{[25]})$, respectivamente, o por el valor mínimo y máximo cuando las observaciones se extienden menos de 1.5 veces en el rango intercuartílico del primer y tercer cuartil, respectivamente.

otros dos grupos (inmigrantes colombianos y mexicanos en Nueva York) el promedio es más grande para los subempleados. Las Pruebas de Mann-Whitney indican que las distribuciones de los puntajes en la escala Kessler-10 son estadísticamente diferentes entre desempleados y subempleados.

Con propósito de explicar la relación entre K-10 y algunos indicadores objetivos de condiciones de empleo, así como una serie de percepciones que nos permiten formarnos una idea del nivel de satisfacción de los individuos con su trabajo, se presentan promedios de la escala, según grupo étnico y condición de empleo (véase cuadro 5.16).

En lo que respecta a la satisfacción con el empleo (véase cuadro 5.17), no se observaron diferencias entre desempleados y subempleados, con excepción de los mexicanos en la Ciudad de México, en donde se obtuvo una baja correlación entre Kessler-10 y el nivel de satisfacción con el trabajo realizado en el empleo actual, en el caso de los subempleados, o en el último empleo en los desempleados. Solamente entre los inmigrantes mexicanos parece que la menor satisfacción con el trabajo se correlaciona con mayor malestar psicológico. La relación más clara se observa en la satisfacción con la manera como el individuo ocupa su tiempo las horas que no tiene trabajo; la menor satisfacción implica mayor malestar psicológico. Sólo en el caso de los colombianos la insatisfacción con las horas no trabajadas parece no ser tan importante en su estado de ánimo. Además, es interesante ver que —con excepción de los colombianos en Nueva York— la relación es más fuerte entre los desempleados. Esto quiere decir que los desempleados que no estuvieron satisfechos con lo que hacen en sus horas no trabajadas, reportan más malestar psicológico. En otras palabras, la falta de empleo o necesidad de ocupar de manera productiva las horas no trabajadas, se relaciona con mayores niveles de malestar psicológico.

La actitud hacia el trabajo, captada en parte a través de las preguntas: “¿casi siempre continúa trabajando en una tarea hasta quedar satisfecho/a con el resultado?”, “¿se siente decepcionado/a cuando no consigue sus metas personales?” y “¿le gusta tanto su tra-

CUADRO 5.16
 PROMEDIO DE LA ESCALA DE KESSLER-10, SEGÚN CONDICIÓN
 DE EMPLEO Y LUGAR DE ORIGEN

	<i>Mexicanos Chicago</i>	<i>Mexicanos NY</i>	<i>Dominicanos NY</i>	<i>Colombianos NY</i>	<i>Mexicanos DF</i>	<i>Colombianos Cali</i>	<i>Total</i>
Desempleados	19.1	17.4	16.5	17.1	20.7	16.9	18.4
Subempleados	16.8	17.8	15.4	18.8	19.5	15.8	16.9
Total	17.7	17.7	15.9	18.3	20.5	16.7	17.7
Diferencias entre distribuciones ^A	0.0238	0.6513	0.0638	0.1948	0.6223	0.2225	0.0004

^AValores p de la prueba no paramétrica *Mann-Whitney (Wilcoxon rank-sum test)* de que la escala tiene la misma distribución en los dos grupos; H_0 : Kessler(desempleados) = Kessler(subempleados). Un valor p más pequeño indica que la diferencia entre las distribuciones de los dos grupos es más significativa.
 Fuente: Elaboración propia, con base en DSM, 2015.

CUADRO 5.17
 ESCALA DE KESSLER-10 EN RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN
 CON EL TRABAJO^{a,b}

	<i>Mexicanos Chicago</i>	<i>Mexicanos NY</i>	<i>Dominicanos NY</i>	<i>Colombianos NY</i>	<i>Mexicanos DF</i>	<i>Colombianos Cali</i>	<i>Total</i>
Satisfacción con el empleo	0.263***	0.077	0.060	0.047	0.088	0.005	0.075***
Desempleados	0.260**	0.033	0.027	-0.220	0.150**	0.039	0.080**
Subempleados	0.256***	0.087	0.063	0.231	-0.048	0.005	0.107**
Satisfacción con el tiempo no trabajado	0.249***	0.145*	0.175***	-0.002	0.284***	0.157**	0.242***
Desempleados	0.238**	0.209	0.146	-0.171	0.292***	0.180**	0.235***
Subempleados	0.238***	0.127	0.224***	0.123	0.408***	-0.107	0.205***
Satisfacción con tareas realizadas	0.164**	0.297***	0.006	0.098	-0.043	-0.055	0.055*
Desempleados	0.046	0.568***	-0.019	0.049	-0.053	-0.042	0.020
Subempleados	0.227***	0.213**	-0.031	0.049	0.015	-0.056	0.113***
Decepción por no alcanzar metas	-0.209***	-0.085	-0.078	-0.070	-0.190***	-0.101	-0.112***
Desempleados	-0.298**	-0.202	-0.121	-0.077	-0.206***	-0.097	-0.148**
Subempleados	-0.166*	0.018	-0.076	0.047	-0.154	-0.088	-0.089**
Trabaja hasta tarde para cumplir metas	0.056	0.109	-0.026	-0.054	0.070	0.056	-0.026
Desempleados	-0.176	0.135	-0.028	0.155	-0.064	-0.115	-0.063
Subempleados	0.164*	0.196**	-0.046	-0.121	-0.150	-0.078	0.037

^a *b*eta de la pregunta mencionada en una regresión de la Escala de Kessler-10 en esa pregunta, el sexo, edad, edad cuadrada, estado civil, número de dependientes, y el nivel de educación. Significancia: *** 1%, ** 5%, * 10%. Nota: las respuestas están ordenadas de "muy de acuerdo" hasta "muy en desacuerdo", lo que en el caso de las satisfacciones implica que un valor más alto indica menor satisfacción.

^b Para los desempleados, las preguntas se refieren al último empleo.
 Fuente: Elaboración propia, con base en DSM, 2015.

bajo que suele quedarse hasta tarde para terminarlo?” —con opciones de respuesta: todas muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo— no muestran mucha correlación con los problemas mentales, y tampoco hay una diferencia o tendencia clara entre los desempleados y los subempleados. Lo que parece ser claro es que, para los inmigrantes mexicanos y colombianos, sentirse decepcionados cuando no cumplen con las metas personales se correlaciona con más malestar psicológico, y se presentan con mayor fuerza entre los desempleados.

No se encontraron correlaciones entre Kessler-10 y algunas variables de condiciones de empleo tales como: el tamaño de la empresa, si hay un contrato firmado o no, o el número de días trabajados por semana. Si se asumiera que existe un *ranking* en horarios preferidos, donde la población considera que trabajar entre semana es mejor, seguido de trabajar en el fin de semana, y que trabajar en ambos horarios es lo menos deseado, podemos calcular también la correlación entre el horario y el puntaje en la escala de Kessler-10. Esta preferencia hipotética no se refleja en puntajes más altos en la escala de Kessler-10. Lo mismo aplica para el horario de trabajo, en donde se presume que la gente establece el siguiente orden de preferencia: “trabajar durante el día”, “durante la noche”, “a veces durante el día y a veces durante la noche”, y finalmente “trabajar siempre durante el día y la noche”, no se encontró correlación con el puntaje en la escala de Kessler-10. En cambio, el número de horas por día, parece tener una correlación positiva y significativa entre los mexicanos en Chicago y los dominicanos en Nueva York (véase cuadro 5.18).

En relación con los ingresos laborales en el empleo actual (para los subempleados) o el último empleo (para los subempleados) reportados en el cuestionario —por hora para los migrantes, y quincenal o mensual en los países de origen— y la escala de Kessler-10, se encontró que en todos los grupos la correlación es negativa; sin embargo, es pequeña y no significativa (véase cuadro 5.19, primer renglón). Con el propósito de establecer la correlación para la muestra completa, se calculó el ingreso laboral quincenal en dólares para

CUADRO 5.18
 ESCALA DE KESSLER EN RELACIÓN CON CONDICIONES DE TRABAJO^{A,B}

	<i>Mexicanos Chicago</i>	<i>Mexicanos NY</i>	<i>Dominicanos NY</i>	<i>Colombianos NY</i>	<i>Mexicanos DF</i>	<i>Colombianos Cali</i>	<i>Total</i>
Núm. de personas que laboran en la empresa o negocio	-0.031	-0.070	-0.003	0.083	-0.014	-0.063	-0.011
Contrato ^a	-0.123*	0.112	-0.114*	0.184	0.031	-0.088	-0.073**
Horas de trabajo al día	0.109	0.008	0.066	-0.090	0.142**	0.024	0.118***
Días laborados por semana	0.044	-0.108	-0.055	0.040	-0.079	-0.065	-0.017
Empleo principal	0.038	0.044	0.044	0.074	0.014	-0.045	0.035
Horario de la jornada de trabajo	0.039	0.125*	-0.030	-0.092	0.109*	-0.008	0.054*

^A *beta* de la característica mencionada en una regresión de la Escala de Kessler-10 en esa pregunta, el sexo, edad, edad cuadrada, estado civil, no. de dependientes y el nivel de educación. Significancia: *** 1%, ** 5%, * 10 por ciento.

^B Para los desempleados, las preguntas están con referencia al último empleo. Fuente: Elaboración propia, con base en DSM, 2015.

CUADRO 5.19
ESCALA DE KESSLER-10 EN RELACIÓN CON EL INGRESO LABORAL Y TOTAL ^{A,B}

	<i>Mexicanos Chicago</i>	<i>Mexicanos NY</i>	<i>Dominicanos NY</i>	<i>Colombianos NY</i>	<i>Mexicanos DF</i>	<i>Colombianos Cali</i>	<i>Total</i>
Ingreso quincenal por trabajo ^C	-0.033	0.068	-0.046	-0.090	-0.034	-0.072	-0.065**
Ingreso actual total desempleados ^C	-0.069	0.043	-0.002	-0.053	-0.180***	-0.094	-0.097**
Ingreso actual total subempleados ^D	-0.100	-0.111	-0.250***	-0.231	-0.075	0.047	-0.157***

^A *beta* del ingreso mencionada en una regresión de la Escala de Kessler-10 en ese ingreso, el sexo, edad, edad cuadrada, estado civil, núm. de dependientes y el nivel de educación. Significancia: *** 1%, ** 5%, * 10 por ciento.

^B Ingreso quincenal del (último) empleo, en dólares, multiplicando ingreso por hora con el número de horas y días trabajados (para los inmigrantes) y el tipo de cambio promedio de agosto a noviembre 2015 para transformar ingresos reportados en México (16.5 MXN/USD; de <http://www.xe.com/currencycharts/?from=USD&to=MXN&view=1Y>) y Cali (3000 COP/USD; de <http://www.xe.com/currencycharts/?from=USD&to=COP&view=1Y>).

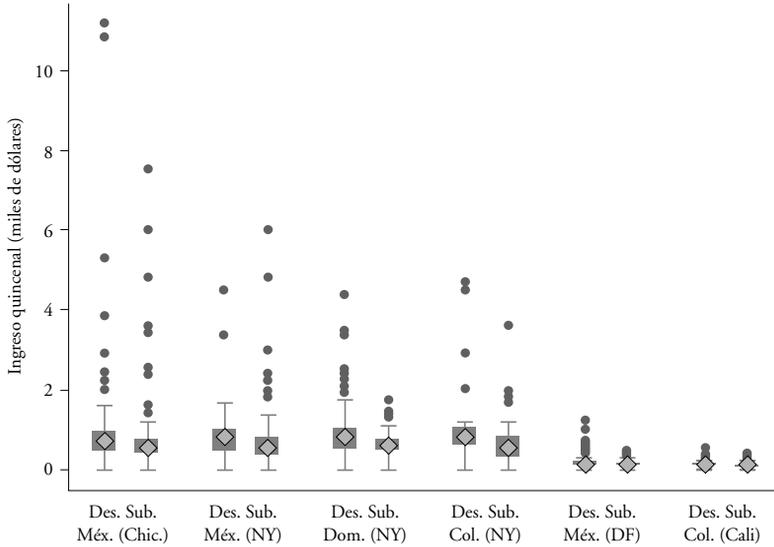
^C Ingreso semanal individual actual, en dólares, con los mismos tipos de cambio que en (d).
Fuente: Elaboración propia, con base en DSM, 2015.

todos y cada uno de los grupos. Se encontró una correlación negativa y significativa en la muestra completa, pero no en los grupos específicos (véase cuadro 5.19, segundo renglón). Entonces no encontramos fuerte evidencia de que un mejor ingreso laboral protegería la salud mental de los encuestados. Este resultado se encuentra en consonancia con los resultados obtenidos en el capítulo IV. En ese capítulo se utilizó la encuesta de salud de Estados Unidos, National Health Interview Survey (NHIS-2014) y se encontró que, en el caso de los inmigrantes mexicanos, los ingresos no muestran una relación significativa con las MPNE.

Es de resaltar que, aunque se utilizó la misma unidad de medida, existen grandes diferencias en el nivel de ingresos tanto en los migrantes y no migrantes —los mexicanos y colombianos en su país ganan mucho menos que sus compatriotas en Estados Unidos—. En cada grupo los subempleados ganan menos por quince por ciento de lo que ganaban los desempleados en su último empleo principal. La gráfica 5.6 permite constatar que la varianza al interior de cada grupo es muy grande. En la misma se confirma que para los desempleados hay una concentración fuerte de ingresos igual o cercana a cero, mientras que, para los subempleados inmigrantes, la concentración de los ingresos se encuentra en un nivel más alto. En las ciudades de México y Cali, la diferencia entre desempleados y subempleados es menos clara; sin embargo, en ambas es evidente que sus ingresos traducidos a dólares son menores que los inmigrantes en EUA.

La categoría “ingreso actual total” presenta las correlaciones entre el ingreso y K-10, como respuesta a la pregunta “¿cuánto suma, aproximadamente, su ingreso [semanal en dólares]?”. En esta pregunta se enfatiza al encuestado que se trata del ingreso proveniente de diferentes fuentes —no sólo de sueldos y salarios— (véase cuadro 5.19, renglones 3 y 4). Para los desempleados la correlación entre el ingreso y Kessler-10 es generalmente negativa pero no muy grande, también para los subempleados la correlación es negativa. Entre los inmigrantes la correlación es más fuerte que en los desempleados en relación con los subempleados. Para los encuestados en México y

GRÁFICA 5.6
 DIAGRAMA DE CAJAS DE LAS DISTRIBUCIONES DEL INGRESO QUINCENAL
 DEL (ÚLTIMO) TRABAJO EN LOS SEIS GRUPOS^{A,B}



^A El marcador indica la mediana, mientras que la ‘caja’ delimita el 25 y 75 percentil, $x_{[25]}$ y $x_{[75]}$ y la línea está delimitada por los *cuartiles* $\pm 1.5 *$ (Rango intercuartílico), mientras los puntos indican valores atípicos.

^B Ingreso quincenal en dólares, multiplicando ingreso por hora con el número de horas y días trabajados (para los inmigrantes), y el tipo de cambio promedio de agosto a noviembre 2015 para transformar ingresos reportados en México (16.5 MXN/USD; de <<http://www.xe.com/currencycharts/?from=USD&to=MXN&view=1Y>>) y Cali (3000 COP/USD; de <<http://www.xe.com/currencycharts/?from=USD&to=COP&view=1Y>>).

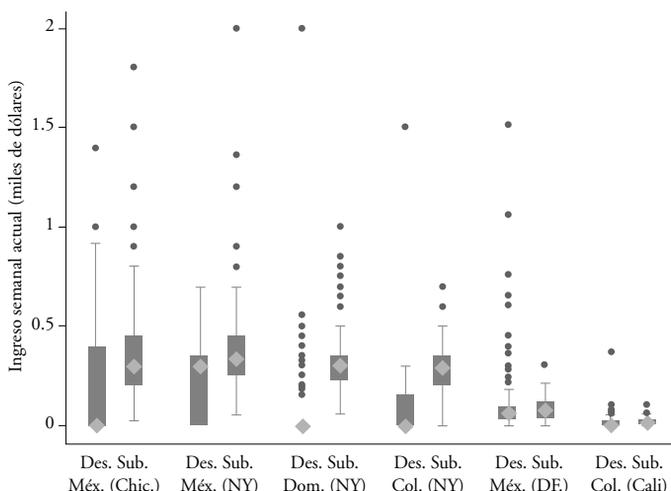
Fuente: Elaboración propia, con base en DSM, 2015.

Colombia, las correlaciones de los subempleados son más bajas que las de los desempleados. Pareciera que los inmigrantes subempleados sufren más malestar psicológico por tener un ingreso bajo y, posiblemente insuficiente. Como era de esperarse, el ingreso actual de los desempleados es menor que el de los subempleados. La gráfica 5.7 confirma que no hay una tendencia clara en el puntaje promedio de la escala Kessler-10, el estatus laboral y el nivel del ingreso.

Los encuestados indicaron si el ingreso percibido en la actualidad o en su último empleo —en el caso de los desempleados— les era suficiente para cubrir sus gastos (véase cuadro 5.20). En casi todos los grupos, los desempleados que respondieron que el ingreso

percibido en su último empleo no era suficiente, reportan mayores promedios de malestar psicológico que aquellas personas que respondieron que su ingreso era suficiente. Una tendencia similar se observa entre los subempleados, quienes afirmaron que el ingreso percibido a través de su empleo es insuficiente y tienden a reportar mayor malestar psicológico.

GRÁFICA 5.7
DIAGRAMA DE CAJA DE LAS DISTRIBUCIONES DEL INGRESO ACTUAL SEMANAL EN LOS SEIS GRUPOS^{A, B}



^A El marcador indica la mediana, mientras que la 'caja' delimita el 25 y 75 percentil, $x_{[25]}$ y $x_{[75]}$ y la línea está delimitada por los cuartiles $\pm 1.5 *$ (Rango intercuartílico), mientras los puntos indican valores atípicos.

^B Ingreso semanal individual actual de cualquier fuente, en dólares, con el tipo de cambio promedio de agosto a noviembre 2015 para transformar ingresos reportados en México (16.5 MXN/USD; de <http://www.xe.com/currencycharts/?from=USD&to=MXN&view=1Y>) y Cali (3000 COP/USD; de <http://www.xe.com/currencycharts/?from=USD&to=COP&view=1Y>).

Fuente: Elaboración propia, con base en DSM, 2015.

El cuadro 5.20 demuestra que la correlación entre el puntaje en la escala de Kessler-10 y la suficiencia en los ingresos es más fuerte entre los inmigrantes colombianos y mexicanos en Nueva York, seguido por los inmigrantes mexicanos en Chicago. La correlación entre malestar psicológico y las tensiones financieras es mucho menos fuerte entre los mexicanos en la Ciudad de México y colombianos en

CUADRO 5.20
 ESCALA DE KESSLER-10 EN LA RELACIÓN CON LA SITUACIÓN FINANCIERA^A

	Mexicanos Chicago	Mexicanos NY	Dominicanos NY	Colombianos NY	Mexicanos DF	Colombianos Cali	Total
Alcanza para vivir ^B	0.159**	0.188**	0.122*	0.404***	0.025	0.012	0.121***
Diferencias entre medianas ^b	0.073*	0.059*	0.117	0.008***	0.356	0.048**	0.000***
Desempleados	0.273**	0.141	0.102	-0.055	0.048	0.064	0.121***
Subempleados	0.117	0.162*	0.206**	0.458***	0.193	-0.040	0.196***
Preocupaciones financieras ^d	0.385***	0.286***	0.368***	0.294**	0.427***	0.324***	0.356***
Diferencias entre medianas ^{b,c}	0.000***	0.007***	0.000***	0.087*	0.000***	0.002***	0.000***
Desempleados	0.310**	0.300	0.303***	0.117	0.421***	0.294***	0.343***
Subempleados	0.363***	0.276***	0.398***	0.341**	0.394***	0.319**	0.340***

^A *beta* de la situación financiera en una regresión de la escala de Kessler-10 en esta situación, el sexo, edad, edad cuadrada, estado civil, número de dependientes y el nivel de educación. Significancia: *** 1%, ** 5%, * 10 por ciento.

^B Valores *p* de la prueba no paramétrica de que la escala de Kessler tiene la misma mediana para cada nivel de la situación financiera. Un valor *p* más pequeño indica que diferentes niveles de satisfacción van con diferentes medianas en la escala de Kessler.

Fuente: Elaboración propia, con base en DSM 2015.

Cali. Entre los inmigrantes mexicanos la correlación es más fuerte para los desempleados que para los subempleados, mientras que para los inmigrantes colombianos es al revés. Lo mismo aplica para los mexicanos en la Ciudad de México, lo que sugiere una diferencia entre el peso del desempleo o subempleo en México y Estados Unidos.

Ante la pregunta “Indique con qué frecuencia ha tenido preocupaciones por falta de dinero en los últimos 30 días”, con posibles respuestas “Nunca”; “Pocas veces”; “A veces”; “Muchas veces”; “Siempre”, se observó que en la medida en que las personas tienen mayores preocupaciones por falta de dinero, aumenta el malestar psicológico. En el mismo cuadro se puede confirmar que la correlación entre el puntaje en la escala de Kessler-10 y las preocupaciones financieras es más grande que la correlación anterior, y su tamaño es similar en los distintos grupos —inmigrantes y no inmigrantes—.

En síntesis, estos resultados sugieren que el malestar psicológico está más presente entre los grupos encuestados en sus lugares de origen que entre los inmigrantes. Situación particularmente notorio entre los mexicanos. Las preocupaciones financieras implican malestar psicológico para los individuos sin distinción del grupo al que pertenecen. Así como también se confirma que los ingresos insuficientes se traducen en mayores posibilidades de desarrollar un MPNE severo en los inmigrantes. Aunque en términos generales los mexicanos en la Ciudad de México son quienes presentan mayor malestar psicológico. Cuando se controla específicamente por preocupaciones financieras, el lugar de origen pareciera proteger contra el desarrollo de malestar psicológico.

Las encuestas a los migrantes incluyeron preguntas sobre percepciones relacionadas con el empleo y la situación financiera: “Aun sin empleo es mejor vivir en los Estados Unidos que en [mi país]”, “En Estados Unidos la vida es difícil, pero con mucho trabajo y esfuerzo se puede obtener un buen nivel de vida” y “Si tuviera un buen trabajo en mi país regresaría”, cada uno con posibles respuestas: “muy de acuerdo”, “de acuerdo”, “en desacuerdo” y “muy en desacuerdo”. Se realizaron pruebas para establecer la correlación en-

tre estas percepciones y la escala de Kessler-10, mismas que no reflejaron una relación fuerte entre las variables.

Como se mencionó, la encuesta contó con un apartado de redes sociales. En nuestro análisis, en contraste con lo que muestra parte de la bibliografía sobre el tema, las redes sociales no parecen ser tan relevantes para evitar problemas de salud mental. Es probable que este resultado obedezca a la manera como se intentó captar la información —a través de preguntas indirectas—. Solamente en el caso de los colombianos en Nueva York se obtuvo que no pertenecer a grupos u organizaciones comunitarias se relaciona con mayores puntajes en la escala de Kessler-10.

La encuesta también incluyó varias preguntas sobre las opiniones y percepciones respecto de síntomas de enfermedades como la depresión. En general, las respuestas a las preguntas de la escala de Kessler-10 no parecen estar muy permeadas por las opiniones sobre la fortaleza y debilidad de los individuos. Sin embargo; quienes opinaron que debería ser permitido que la gente muestre sus debilidades, son los mismos que reportan mayores prevalencias en Kessler-10.

CONCLUSIONES

En este capítulo analizamos la relación entre desempleo, subempleo y malestar psicológico en inmigrantes mexicanos, dominicanos y colombianos, y en las ciudades de Chicago y Nueva York, así como la situación de mexicanos y colombianos en Ciudad de México y Cali. Presentamos algunas características generales de los inmigrantes en las áreas metropolitanas de Chicago y Nueva York, describimos con detalle la fuente de datos levantada en el marco de esta investigación. En términos generales podríamos asegurar que existe una correlación fuerte entre el puntaje en la escala de Kessler-10 y la incapacidad de los individuos de realizar actividades cotidianas debido al estado de ánimo, aunque es de señalar que la correlación no es perfecta. Sólo en el grupo de inmigrantes mexicanos entrevis-

tados en Chicago se pudo detectar una diferencia significativa (con un nivel de confianza del 95%) entre los desempleados y subempleados en el puntaje de la escala de Kessler-10. Sin embargo, en la muestra completa la diferencia es significativa a 1%, indicando que los desempleados son más proclives a desarrollar MPNE que los subempleados.

Otro aspecto importante es que un puntaje alto en la escala de Kessler-10 está relacionado con la falta de satisfacción con la ocupación y con la insatisfacción por la ausencia de trabajo. Aún más clara es la relación que se establece entre insuficiencia financiera y la escala de Kessler-10. Los desempleados y subempleados que no obtienen los ingresos laborales suficientes y quienes reportan recientes preocupaciones por su situación financiera son más propensos a presentar MPNE. No se encontró una relación con las opiniones y percepciones sobre distintos aspectos de la vida y el empleo en Estados Unidos, tampoco encontramos una relación entre MPNE y el tamaño e intensidad de las redes sociales. Parece que hay una relación entre las percepciones sobre debilidad y tristeza y las puntuaciones de la escala de K-10 que podría limitar el reporte de síntomas asociados a depresión y/o ansiedad.

Conclusiones y consideraciones finales

Este libro tuvo por objetivo identificar aspectos que inciden en el malestar psicológico en inmigrantes latinoamericanos, caribeños y en población nativa de Estados Unidos, con especial énfasis en la población que conforma la fuerza laboral. Se hizo hincapié en la situación de los mexicanos, dominicanos y colombianos desempleados y subempleados. Se partió de la hipótesis de que el malestar psicológico en estas poblaciones obedece a factores demográficos, socioeconómicos y a las condiciones laborales que experimentan los individuos; así como a aspectos actitudinales relacionados con la satisfacción con el empleo y las experiencias de desempleo. Agregamos que existen diferencias en el peso de estos factores de acuerdo con el grupo étnico. Para revisar esta hipótesis se llevó a cabo una estrategia metodológica fundamentada en el análisis cuantitativo, para el que se emplearon fuentes de datos oficiales estadounidenses (ACS, 2014 y NHIS, 2014) y se utilizó información de la encuesta Desempleo y Salud Mental (DSM, 2015), levantada en el marco de la investigación que dio origen a este libro. Se emplearon técnicas de medición conocidas en el campo de los estudios de salud mental y se llevaron a cabo análisis descriptivos y econométricos.

Nuestras reflexiones finales están organizadas en tres apartados. En el primero, “limitaciones del libro”, hemos tratado de plasmar las principales restricciones con que nos encontramos en el desarrollo de la investigación. En el segundo apartado, “En torno a los hallazgos”, presentamos una síntesis de los capítulos y ofrecemos una breve discusión alrededor de los principales hallazgos del libro y en el último,

“Lo que urge atender”, intentamos plantear algunas recomendaciones de política pública que pudieran ayudar a hacer frente a la problemática que enfrentan los inmigrantes de América Latina y el Caribe en materia laboral y de salud mental en Estados Unidos.

LIMITACIONES DEL LIBRO

Al igual que la investigación más prolija que pueda realizarse sobre determinado tema, ésta tiene varias limitaciones, la mayoría de ellas, intrínsecamente ligadas a la disponibilidad de recursos económicos. En primer lugar, como se mencionó a lo largo del libro, generar un conocimiento objetivo que explique con claridad lo que sucede con la salud mental de los inmigrantes debe pasar por un minucioso acercamiento metodológico que muchas veces demanda recursos que no están al alcance del investigador. En este estudio, como en muchos de los realizados en Estados Unidos, empleamos información transversal, procedente de encuestas como la National Health Interview Survey, NHIS diseñada para recabar información general sobre el estado de salud de la población y facilitar la orientación de la política pública en la materia.

Las encuestas especializadas en salud mental —abiertas al público— son escasas, por lo que nos vemos en la necesidad de utilizar las fuentes de datos que tenemos a nuestro alcance. El empleo de fuentes como la NHIS, además de limitar el análisis a grupos específicos de inmigrantes, por los bajos tamaños de muestra para estas poblaciones, nos obliga a circunscribir la investigación a un espacio y un momento específicos, sin posibilidades de ir hacia atrás y conocer más acerca de la salud mental de los individuos previo a la migración. Ésta es una limitación inherente a todos los estudios de este tipo, por lo que es muy difícil establecer cuánto, de los resultados observados en la salud mental de los migrantes, obedece a la migración. Superar estas dificultades implica plantear una investigación de largo aliento que contemple la valoración de la salud mental de los inmigrantes en varias etapas del proceso migratorio —ello sin duda está sujeto a la disponibilidad de recursos financieros—.

En segundo lugar, hemos defendido la necesidad de establecer grupos de referencia, distintos a los nativos blancos no hispanos a la hora de analizar la salud mental de los inmigrantes latinoamericanos y caribeños en Estados Unidos. Es probable que una comparación entre éstos y nuestros encuestados (DSM, 2015) hubiese arrojado resultados interesantes en torno a las diferencias étnicas en la relación desempleo, subempleo y MPNE. Pero limitamos el análisis a los inmigrantes mexicanos, colombianos y dominicanos porque nuestro interés era dar cuenta de algunos aspectos que ayudan a explicar la presencia de malestar psicológico en persona vulnerables como los desempleados y los subempleados y establecer diferencias entre los inmigrantes y sus connacionales de características similares en sus países de origen. En otro tema, pero también ligado a la escasez de recursos financieros, no fue posible encuestar a los dominicanos en su país de origen. Por tal razón no se pudieron establecer diferencias entre los grupos.

Finalmente, consideramos que hubiera sido importante introducir la perspectiva de género al análisis de la información, más cuando es de amplio conocimiento la desventaja socioeconómica en que se encuentran muchas inmigrantes latinoamericanas y caribeñas en Estados Unidos y las mayores prevalencias de enfermedades como la depresión, respecto de los hombres. Desafortunadamente, debido a los bajos tamaños de muestra con que contamos en las distintas fuentes empleadas, nos fue prácticamente imposible desarrollar análisis para hombres y mujeres por separado. Sin duda alguna, es una importante limitación del libro y que deben tener presente los lectores a la hora de interpretar la información agregada que proporcionamos. Además, es una tarea pendiente de la que tendremos que ocuparnos en el mediano plazo.

EN TORNO A LOS HALLAZGOS

Reflexiones preliminares se presentaron a lo largo de los cinco capítulos que conforman el libro. En el primero se definieron los conceptos

de salud mental y enfermedad mental, donde se discutieron algunos de los enfoques teóricos desarrollados principalmente en Estados Unidos y Europa que han explicado la presencia de enfermedades mentales y se ofreció una apretada síntesis de la discusión desarrollada en torno a la salud mental de los migrantes. Cerramos el capítulo con nuestra posición sobre las teorías revisadas. En el segundo capítulo, a través del concepto Malestar Psicológico No Específicas (MPNE) de Kessler, se observó el riesgo de desarrollar un MPNE severo en la población estadounidense —nativos e inmigrantes de América Latina y el Caribe— y a la luz de la teoría de la tensión estructural, se trató de explicar los resultados del análisis empírico. Uno de los resultados más sobresalientes de ese capítulo fue la constatación de mayores porcentajes de puertorriqueños, afroestadounidenses y mexicoamericanos con riesgo de desarrollar un MPNE severo, respecto de los nativos blancos no hispanos, que tienen porcentajes de MPNE ligeramente más elevados que los inmigrantes mexicanos. A su vez, se pudo observar que, en el caso de los cubanos, los dominicanos y la población agrupada en la categoría “inmigrantes de otro origen hispano”, los porcentajes de personas con MPNE son menores a los de los nativos blancos no hispanos. Se constató, además, que los puertorriqueños, los afroestadounidenses, los inmigrantes mexicanos, los mexicoamericanos y los inmigrantes agrupados en la categoría “otros de la región”, en su orden tienen mayor riesgo de desarrollar un MPNE severo que los nativos blancos no hispanos.

Lo anterior evidenció que algunos grupos en mayor desventaja socioeconómica son quienes tienen mayores riesgos de desarrollar este tipo de malestar psicológico. Por un lado, los puertorriqueños, aun con ciudadanía, hacen parte del sector de la población más pobre de Estados Unidos y son quienes presentan las mayores prevalencias de MPNE entre todos los grupos observados; le siguen los afroestadounidenses, que, aunque en términos relativos cuentan con una mejor situación socioeconómica, no dejan de estar expuestos a la marginación y exclusión social. Los mexicoamericanos a quienes basta con observar las características socioeconómicas de sus padres para inferir la situación en que muchos se pueden en-

contrar en el país. Pese a haber nacido dentro del territorio estadounidense, no terminan por integrarse económica y socialmente.

Partiendo de dicha información, ¿podemos insistir en la existencia de una paradoja hispana en salud mental? ¿Acaso los mexicoamericanos y los puertorriqueños no se incluyen en la categoría de hispanos? La respuesta es sí, si al controlar un conjunto de variables socioeconómicas para cada grupo étnico —como se hizo en el capítulo II—, obtenemos que, en casos como el mexicano, no todas las variables socioeconómicas explican el riesgo de desarrollar un MPNE, como sí ocurre en el caso de los nativos blancos no hispanos. Pero que esto ocurra no niega que grupos en mayor desventaja socioeconómica tienen mayores probabilidades de desarrollar este tipo de malestar. Los análisis realizados al interior de cada grupo nos permitieron comprobarlo. Es por ello que, en nuestra opinión, habría que seguir discutiendo más sobre los factores asociados a la salud mental de los inmigrantes, que en la posible paradoja que pueda existir al observar la salud de los inmigrantes, cuando se toma como referencia a la población nativa blanca no hispana.

Además, es insoslayable preguntarnos cómo es posible que individuos con características culturales similares como los puertorriqueños, los dominicanos y los cubanos obtengan resultados en salud mental tan diferentes. Los cubanos, como es conocido, en términos relativos tienen una situación socioeconómica mucho mejor a la de estos inmigrantes y otros de la región, ello en parte se debe a las políticas migratorias desarrolladas por Estados Unidos para lograr la integración de las primeras oleadas de migrantes que llegaron a ese país producto de la revolución en la Isla. Aunque con la evolución del flujo migratorio, el *stock* se fue haciendo más diverso, sigue predominando un perfil de cubanos con altos grados de escolaridad y buena inserción ocupacional —en comparación con otros latinoamericanos—, incluso, a veces mejor a la de los afroestadounidenses. Dejaremos planteado como hipótesis que las diferencias en salud mental entre estos grupos obedecen en buena medida a las profundas diferencias socioeconómicas observadas entre los mismos.

Esto nos lleva a nuevas reflexiones que podrían ayudarnos a aprehender con más objetividad el fenómeno que nos preocupa. La primera de ellas es de orden metodológico. Nos atrevemos a afirmar que las diferencias observadas en salud mental entre la población latinoamericana, caribeña y los nativos blancos no hispanos, obedecen a la manera como abordamos el estudio de las enfermedades mentales en los inmigrantes. ¿Por qué tomar como referencia a los nativos blancos no hispanos? ¿Tiene sentido comparar la salud mental en dos poblaciones culturalmente tan diferentes? En el seno de la sociedad estadounidense, priman sobre otros valores, la búsqueda del éxito económico y la riqueza y esto se logra a través la educación (Thoits, 2010) y como consecuencia del trabajo. Aunque las metas sociales están claras y rigen para todos los individuos, independientemente del punto de partida de cada uno de ellos, existen colectivos que ven claramente bloqueadas las rutas que conducen al éxito económico. Esto quiere decir, como se discutió en el capítulo I, que las respuestas adaptativas de los individuos puedan ser diversas, en pocas palabras, y en consonancia con lo que plantea la teoría de las tensiones estructurales, la enfermedad mental puede ser una de esas respuestas. La población latinoamericana es diversa, pero podríamos decir con cierta certeza que los valores no están centrados en alcanzar la riqueza, porque la gran mayoría de la población vive en condiciones de pobreza, entonces sus expectativas económicas suelen ser mucho más bajas.

Sin duda, la observación de las diferencias entre grupos es fundamental en un país donde la raza, la etnia, el género y otros criterios de diferenciación social cumplen la función de estratificar a la sociedad y con ello determinar el lugar y rol que cada individuo debe ocupar y/o jugar, así como las oportunidades a las que puede acceder. Nuestra constatación permanente de las desigualdades sociales que esta estructura genera nos lleva sistemáticamente a tomar como referencia a la población nativa blanca no hispana, lo cual es plausible y necesario. Sin embargo, solemos olvidar que al interior de cada grupo de inmigrantes también hay desigualdades tan pro-

fundas como las que se pueden observar al interior de cualquier otro.

En el capítulo II observamos que cuando se compara el MPNE en niveles moderados y bajos entre inmigrantes y nativos blancos no hispanos, pese a su desventaja socioeconómica, los inmigrantes salen mejor librados, pero al observar en los niveles más altos de la escala de Kessler, los afroestadounidenses, los mexicoamericanos y la mayoría de los inmigrantes tienen mayor riesgo de desarrollar un MPNE severo que los nativos blancos no hispanos. Además, cuando se observa al interior de cada grupo se logra verificar que aspectos como el desempleo y el nivel de pobreza permiten explicar en parte el desarrollo de MPNE tanto en nativos, como en varios grupos de inmigrantes. Entonces, ¿por qué no observar los niveles de salud en general y salud mental en particular, al interior de los grupos?, y a partir de ello, preguntarnos si la sociología, o en concreto, las desigualdades sociales ayudan a explicar lo que ocurre con la salud mental de los migrantes. Insistir en las comparaciones entre grupos sólo oculta otra serie de desigualdades en salud susceptibles de atención.

Tal vez nos llevaría a un análisis más rico comparar a individuos con características socioeconómicas estrictamente similares, por ejemplo, inmigrantes mexicanos calificados *versus* población nativa blanca no hispana y afroestadounidense con las mismas características, o inmigrantes mexicanos en la industria de la construcción en comparación con los grupos étnicos mencionados en el mismo sector. Sólo así, y con todas las limitaciones intrínsecas al análisis transversal de la salud mental de una población en continuo movimiento, estaríamos en condiciones de respaldar la idea de que los inmigrantes latinoamericanos tienen mejores niveles de salud mental que la población nativa estadounidense. Ello nos permitiría asegurar que teorías sociológicas como la de las tensiones estructurales no explica la salud mental de los inmigrantes. La otra opción, tal vez más compleja y costosa en términos económicos es, como lo han señalado varios autores (Jasso, Massey, Rosenzweig *et al.*, 2004), conocer el estado de la salud mental de los migrantes en distintos momentos del proceso migratorio, particularmente previo a la salida

de su país y constatar cuáles son las posibilidades de desarrollar una enfermedad mental en referencia con la población total en su país de origen.

La segunda reflexión tiene que ver con reconocer que los factores que determinan la salud mental de los inmigrantes, como de la población en general, son de diversa índole y no se limitan a su situación socioeconómica. En el caso de los inmigrantes, aspectos como el apoyo emocional a través de redes familiares o de amigos, la selectividad de la migración, la posible mayor resiliencia frente a la enfermedad mental e incluso la actitud de ciertas poblaciones a no declarar los síntomas de depresión o ansiedad —en muchos casos asociada a creencias culturalmente muy arraigadas—, deben ser analizados con más detenimiento y considerar de manera especial el origen de cada población.

En el capítulo III se presentaron los antecedentes de la inmigración mexicana, dominicana y colombiana a Estados Unidos. La migración mexicana, que por sus características ha sido un fenómeno ampliamente abordado, tanto en México como en Estados Unidos, no deja de arrojar nuevas aristas que capturan la atención académica. Se constató que los inmigrantes mexicanos, en comparación con los colombianos e incluso con los dominicanos, se encuentran en mayor vulnerabilidad socioeconómica. Aunque su tasa de participación económica es la más alta de los tres grupos, perciben los ingresos más bajos y en mayor medida se encuentran desprotegidos en el mercado de trabajo, quizás por la mayor presencia de trabajadores sin documentos que se insertan en las ocupaciones menos reguladas por el Estado.

En lo que respecta a su salud mental, la producción científica es mucho más abundante que la que se puede encontrar en el caso dominicano y colombiano. La mayoría de esos trabajos reiteran que los inmigrantes mexicanos se ubican entre los grupos con mayor nivel de pobreza en Estados Unidos, y pese a ello, cuentan con mejores niveles de salud mental. Algo distinto sucede con los hijos de los mexicanos, es decir, con los mexicoamericanos, cuyos niveles de enfermedades mentales como la depresión y la ansiedad son más

altos e incluso superiores a los de la población nativa blanca no hispana y afroestadounidense.

En torno a migración dominicana a Estados Unidos, se pudo constatar que buena parte de los estudios se han centrado en la descripción del perfil migratorio, el análisis de la actividad transnacional y de problemáticas como el racismo y la discriminación que deben enfrentar quienes por diversas razones deciden vivir en este país. Se confirmó además que las causas que han motivado dicho fenómeno son políticas, sociales y económicas. Describimos el perfil actual de los inmigrantes dominicanos y se comprobó que esta inmigración sigue siendo predominantemente femenina, aun cuando los datos indican que en la última década aumentó sustancialmente la cantidad de hombres en el *stock*. Se constató que la gran mayoría de inmigrantes dominicanos en Estados Unidos son personas no unidas, es decir, solteras, separadas, divorciadas o viudas y se señaló que éste es el aspecto que más diferencia a los dominicanos de otros grupos de inmigrantes de América Latina y el Caribe en dicho país, como es el caso de los mexicanos. También se observó que los dominicanos tienen una tasa de participación económica muy por debajo de la de los mexicanos e igual a la reportada en República Dominicana en 2014.

En relación con nivel de ingresos de los dominicanos, se observó que éste era ligeramente superior al de los mexicanos, y al comparar las diferencias entre hombres y mujeres, se verificó la conocida tendencia: éstas perciben solamente el 72.0% del ingreso anual de su contraparte. Respecto de la salud mental de este grupo, se encontraron pocos trabajos que aborden el tema desde las ciencias sociales, aunque el interés es creciente dada la cambiante y difícil situación que viven estas poblaciones en los distintos contextos de inmigración —ya sean países emisores o de destino—. Fue más difícil aun encontrar trabajos centrados en la relación trabajo-salud mental o trabajo-depresión y ansiedad, lo que no deja de sorprender debido al notable deterioro de las condiciones laborales de los trabajadores a nivel global. Finalmente, vale la pena reiterar que buena parte de los inmigrantes dominicanos vive en condiciones de pobreza, con

tasas elevadas de desempleo y escasas oportunidades de desarrollo e integración a la sociedad receptora. Pese a ello, sus niveles de salud mental en general son ligeramente mejores que los de la población nativa blanca no hispana y, al igual que los mexicoamericanos, los hijos de los inmigrantes dominicanos experimentan mayores tasas de enfermedades mentales como la depresión y ansiedad. En nuestro análisis se comprobó que, en efecto, los inmigrantes dominicanos presentan menores niveles de MPNE respecto de los nativos blancos no hispanos, pero superiores a los de poblaciones inmigrantes como la cubana, y que el riesgo de desarrollar un MPNE severo es superior al de los nativos blancos no hispanos.

Observamos también las características generales de los colombianos en Estados Unidos, presentamos breves antecedentes de su salud mental tanto en el lugar de origen y destino. Se logró constatar que la inmigración de colombianos, al igual que los dominicanos, presentan un cambio importante en su composición a través de la historia. Por ejemplo, a inicios del proceso migratorio, emigraron personas con niveles elevados de escolaridad, mientras que en décadas más recientes se incorporaron al flujo personas de bajos perfiles ocupacionales que salieron del país por motivos fundamentalmente laborales. Pese a ello, en la actualidad predominan las personas con estudios superiores al nivel de preparatoria o *high school*, contrario a lo que ocurre en la inmigración mexicana y dominicana. También los colombianos se ubican en una mejor posición respecto de los demás grupos en el dominio del idioma inglés y las condiciones laborales.

Los trabajos específicos sobre salud mental de los colombianos en Estados Unidos son escasos. Al igual que los dominicanos, la bibliografía sobre el tema se ha centrado principalmente en el análisis de enfermedades como la depresión y la ansiedad asociadas a procesos de la aculturación. Entre los determinantes de las enfermedades mentales en este grupo están presentes el consumo de alcohol y drogas. Desafortunadamente por limitaciones de la fuente de datos (NHIS), no fue posible realizar un análisis específico sobre la salud mental de esta población.

El capítulo IV tuvo por objetivo analizar la relación entre las condiciones laborales de los inmigrantes mexicanos, población nativa en Estados Unidos y su salud mental. Se construyeron índices de trabajo digno y se ajustaron modelos econométricos que permitieron establecer la relevancia de las condiciones de empleo en la salud mental de la población. La perspectiva de *trabajo decente* nos permitió constatar que hay una relación entre condiciones de empleo y MPNE, ya que quienes cuentan con deficientes condiciones laborales, presentan peores niveles de salud mental.

Quizás el resultado más importante del capítulo fue comprobar que los inmigrantes mexicanos tienen alto riesgo de desarrollar un MPNE severo cuando carecen de un empleo de tiempo completo y estable. Al parecer, para ellos también se cumple el principio básico de que un empleo estable constituye un factor protector de la salud mental, pues de ello depende la mayoría de los individuos para planificar su futuro, además de brindarles seguridad física, posibilidades para mantener sus habilidades laborales, una posición social valorada y disponibilidad económica (Del Pozo, Ruiz, Pardo *et al.*, 2002). Tanto entre los inmigrantes como entre los nativos blancos no hispanos, contar con una jornada de trabajo de tiempo completo se asocia con una puntuación baja en la escala de Kessler-6. Estos aspectos no sólo reafirman la centralidad del trabajo estable y bajo condiciones adecuadas en la salud mental de los trabajadores, sino que refuerzan la idea de que, en materia laboral los inmigrantes tienen las mismas necesidades de los nativos blancos no hispanos.

En la actualidad el trabajo está íntimamente relacionado con la salud mental de los trabajadores. Las consecuencias de las enfermedades mentales no sólo afectan a los trabajadores y su entorno familiar sino también a los empleadores. Si los empleados experimentan agotamiento, episodios de ansiedad, bajo estado de ánimo y estrés, además de diezmar su salud, pueden acarrearle la pérdida de su empleo. Para las empresas los principales problemas que generan las ausencias laborales por estas enfermedades se asocian a una menor productividad, la reducción de beneficios y unos elevados índices de rotación de plantillas, incluso para los países, la afectación se traduce

en un incremento de los costos de la asistencia sanitaria y una disminución de la renta nacional (OIT, 2001).

En el capítulo V y último del libro analizamos la situación laboral de los inmigrantes mexicanos, dominicanos y colombianos desempleados y subempleados en las ciudades de Chicago y Nueva York, así como mexicanos en la Ciudad de México y colombianos en Santiago de Cali y la relación con su salud mental. Para ello, se realizaron análisis descriptivos y se ajustaron modelos econométricos en los que se controlaron variables sociodemográficas, laborales y actitudinales, con datos de la encuesta DSM-2015. Se encontró que hay una mayor tendencia de los desempleados a desarrollar malestar psicológico, en comparación con los subempleados. Para el caso de los inmigrantes mexicanos y los colombianos, la presencia de MPNE fueron menores que las de sus contrapartes en la Ciudad de México y en Cali. Se constató que un puntaje alto en la escala de Kessler-10 está relacionado con la falta de satisfacción en la ocupación y con la insatisfacción por la ausencia de trabajo. Aún más clara fue la relación que se estableció entre las dificultades financieras de los individuos y la escala de Kessler-10. Los desempleados y subempleados quienes consideran que obtienen los ingresos laborales insuficientes y quienes reportaron recientes preocupaciones por su situación financiera, son más propensos a presentar MPNE. Se encontró relación entre las percepciones sobre debilidad y tristeza que pueden inhibir a las personas para reportar síntomas de depresión y/o ansiedad. Con lo que podríamos especular, que, si la gente cambiara sus percepciones en torno a algunos síntomas de la escala de K-10, asociados a depresión y ansiedad, sería posible que las prevalencias aumentaran. No se encontró una relación entre las opiniones sobre distintos aspectos la vida y K-10, así como tampoco se observó relación entre el empleo en Estados Unidos y K-10; y no encontramos una relación entre MPNE con el tamaño e intensidad de las redes sociales.

En síntesis, los resultados de esta investigación confirmaron tres aspectos importantes: primero, en términos generales, sólo algunos los inmigrantes se ubican en una posición mejor en materia de sa-

lud mental —MPNE— que los nativos blancos no hispanos. Segundo, aquellos aspectos demográficos, sociales y económicos considerados relevantes para explicar la salud mental de los nativos blancos no hispanos, no lo fueron siempre entre inmigrantes y afroestadounidenses. Pero fue claro que en la mayoría de los grupos, el desempleo y la pobreza son factores de riesgo para la salud mental, en concreto para el desarrollo de un MPNE. Algunas variables laborales como la antigüedad en el empleo y la jornada de trabajo también tienen una fuerte relación con el desarrollo de malestar psicológico tanto en nativos como en los inmigrantes. Y tercero, las comparaciones entre inmigrantes y población de características similares en sus lugares de origen, permitieron constatar que los inmigrantes mexicanos y los colombianos, tienen niveles en la escala de Kessler-10 menores a los observados entre los mexicanos en la Ciudad de México y colombianos en Santiago de Cali.

Como conclusión, se podría decir que el análisis transversal de las condiciones de empleo y el desarrollo de MPNE de los trabajadores, da una idea de cómo determinadas circunstancias laborales pueden incidir en la salud mental de los trabajadores. Aunque tenemos suficientes indicios de la relación entre estos aspectos, es necesario observar esta problemática desde aproximaciones teóricas y metodológicas que permitan aislar el efecto de factores externos al trabajo, relacionados con la salud mental de los trabajadores. Esto quiere decir que se requieren fuentes de información más puntuales sobre trayectorias laborales y antecedentes de salud en general, y en particular, sobre la salud mental de los trabajadores a lo largo de su vida.

LO QUE URGE ATENDER

Como reflexiones finales, podemos afirmar que es imposible pensar en formular una política para mejorar la salud mental de inmigrantes sin considerar un proceso de integración económica y social hacia la sociedad receptora. La situación laboral de los inmigrantes latinoamericanos, y en especial la de los mexicanos, es ampliamente

conocida tanto en Estados Unidos como en México. A esto se suma la indefensión de muchos frente al mercado dada su condición de indocumentados.

Al respecto, y aunque pueda parecer utópico, por el contexto sociopolítico que se vive actualmente en dicho país, no se puede dejar de insistir en que es indispensable que Estados Unidos cree mecanismos para favorecer un proceso paulatino de integración a la sociedad. Las condiciones laborales y la posibilidad de integración a través del empleo, hicieron posible que una gran oleada de europeos pobres que llegaron desde la segunda mitad del siglo XIX y la primera del XX, se asimilaran a la sociedad receptora y poco a poco hicieran parte de la clase media que hoy conocemos. Siendo el trabajo, el vínculo que une al individuo con la sociedad, al fracturarse éste hay lugar a la exclusión y la marginación de las personas. Un buen punto de partida sería ratificar el Convenio No. 97 de la OIT sobre los trabajadores inmigrantes, en el cual se establece que los estados deben garantizar prácticas de contratación justas, así como vigilar que no exista discriminación e instituir la igualdad de acceso a la seguridad social, al salario y la participación sindical.

Dado que la estabilidad laboral y la jornada de trabajo de tiempo completo son los que tienen mayor relación con la salud mental de los trabajadores, se hace casi imperativo pensar en acciones puntuales encaminadas a favorecer la creación de empleos remuneradores y estables. Otra acción concreta es promover en las empresas el desarrollo de políticas de contratación que garanticen la igualdad de oportunidades en el empleo entre hombres y mujeres, entre nativos e inmigrantes y entre personas blancas y de otras características fenotípicas.

Esto último requiere un compromiso en la deconstrucción de imaginarios que persisten en la sociedad receptora en torno a las diferencias de género, nacionalidad y étnicas, entre otras. Es decir, promover un cambio de actitud por parte de la sociedad receptora hacia la población inmigrante que permita convivir en el respeto y la aceptación de las diferencias. Incluso, esta integración socioeconómica no debería ser responsabilidad exclusiva del país receptor,

México, como los demás países de América Latina y el Caribe, están compelidos a construir conjuntamente un proyecto binacional que favorezca el acceso al empleo bien remunerado, a la educación, la vivienda y que redunden en mejorar la salud física y mental. Además, éstos deben ser garantes del ejercicio pleno de los derechos laborales de los individuos, independientemente de la condición migratoria en la que se encuentren.

Entre las acciones específicas que podrían desarrollar México y los demás países de América Latina y el Caribe, afectados por el fenómeno de la migración a Estados Unidos, estarían la creación de programas de formación ocupacional, basados en el conocimiento de las demandas laborales específicas dirigidas a trabajadores de bajo perfil. Además, ofrecer becas para las personas interesadas en mejorar sus niveles de inglés, y promover en las comunidades la promoción para el cuidado de la salud mental. Este último aspecto podría lograrse a través de capacitaciones a promotores de salud y de subsidios para quienes deban seguir un tratamiento. Otra acción importante sería promover un trabajo articulado entre organismos del Estado mexicano y universidades estadounidenses que permita desarrollar programas de becarios capacitados para ofrecer iniciativas en prevención y tratamiento de trastornos mentales en las comunidades donde se concentran los inmigrantes.

Por último, la historia reciente de Estados Unidos nos ha demostrado que aquella idea de que el individuo debe resolver sus problemas por sí mismo, con la menor intervención del Estado, no se sostiene. El problema de la salud y la exclusión social de los inmigrantes latinoamericanos, caribeños y de otros grupos étnicos en dicha sociedad, no es una responsabilidad exclusiva de los individuos o la familia. Los gobiernos —de países receptores como expulsores— deben tener capacidad de cubrir las demandas sociales de todas las personas que habitan en su territorio, independientemente del género, la etnia y estatus migratorio (Gómez, 2013).

Desde el punto de vista de la investigación académica, una de las aristas que abren los resultados de este libro, es la necesidad de articular la investigación en materia laboral y las condiciones de

salud de los trabajadores, en particular la salud mental. Se considera a su vez la necesidad profundizar en el conocimiento de esta relación, así como escudriñar en los aspectos culturales de cada grupo étnico que podrían intervenir en los autorreportes que elaboran los inmigrantes sobre los síntomas asociados a las enfermedades mentales. Pues queda comprobado que las experiencias de la migración son diferentes para cada cultura. El proceso de incorporación, la percepción de la sociedad frente a cada grupo étnico son sólo algunos de los múltiples factores que pueden incidir en los resultados que conocemos sobre la salud mental de los latinoamericanos y caribeños en Estados Unidos.

Bibliografía

- ACEVEDO-GARCÍA, D. y L. Bates (2008). Latino Health Paradoxes: Empirical Evidence, Explanations, Future Research, and Implications. En H. Rodríguez, R. Sáenz y C. Menjívar (eds.), *Latinas/os in the United States: Changing the Face of América Latinas/os in the United States: Changing the Face of America*. New York: Springer: 101-113.
- ACHOTEGUI, J. (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.
- ACTIS, W. (2009). La Migración colombiana en España: ¿Salvados o atrapados? *Revista de Indias LXIX* (245): 145-170.
- ADAMS, R.E. y J.A. Boscarino (2005). Differences in Mental Health Outcomes among Whites, African Americans, and Hispanics Following a Community Disaster. *Psychiatry* 68 (3): 250-265.
- AGID, O., Y. Kohn y B. Lerer (2000). Environmental stress and psychiatric illness. *Biomed Pharmacother* (54): 135-41.
- AGNEW, R. (1987). Testing Structural Strain Theories. *Journal of Research in Crime and Delinquency* 24: 281-86.
- AGUILAR-GAXIOLA, S., E. Kramer, C. Resendez y C. Magaña (2008). The context of depression in Latinos in the United States. En Sergio Aguilar-Gaxiola y Thomas P. Gullota (eds.), *Depression in Latinos, Assessment, Treatment and Prevention. Issues in Children's and Families Lives* (pp. 3-28). New York, EUA.
- AGUIRRE Beltrán, G. (1957). *El proceso de aculturación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- AIGNER, D.J. y G.G. Cain (1977). Statistical theories of discrimination in labour markets. *Industrial and Labor Relation Review* 30 (2): 175-187.
- ALBERDI, C. Rosamaría (1991). Sociología de la salud y la enfermedad mental. IX Congreso de Enfermería en Salud Mental. Pamplona, 21 al 23 de marzo de 1991. Consejería de Salud, Junta [en línea]. Recuperado de <<http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2017/01/sociologia-de-la-salud-y-enfermedad-mental.LX-CONGRESO-DE-ENFERMER%C3%8DA-DE-SALUD-MENTAL.pdf>> de Andalucía [consultado el 3 de abril de 2010].
- ALCARAZ, V.M. (2001). *Estructura y función del sistema nervioso. Recepción sensorial y estados del organismo*. D.F., México: Manual Moderno.
- ALEGRÍA, M., N. Mulvaney-Day, M. Torres, A. Polo, Z. Cao y G. Canino (2007). Prevalence of Psychiatric Disorders Across Latino Subgroups in United States. *American Journal of Public Health* 97 (1): 68-74.
- ALEGRÍA, M., Pi. Chatterji, K. Wells, Z. Cao, Ch. Chen, D. Takeuchi, J. Jackson, X. Meng (2008). Disparity in Depression Treatment Among Racial and Ethnic Minority Populations in the United States. *Psychiatric Services* 59 (11): 1264-1271.
- ALEGRÍA, M., G. Canino, P.E. Shrout, M. Woo, N. Duan, D. Vila, M. 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. *The American Journal of Psychiatry* 165 (3): 359-369.
- ÁLVARO, J.L. (2009). Salud mental. En Román Reyes (dir.). *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científico-Social*, Tomo 1/2/3/4. Madrid-México: Plaza y Valdés. Recuperado de <<http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/S/index.html>> [consultado el 3 de abril de 2010].
- AMERICAN COMMUNITY SURVEY (ACS) (2014). U.S. Department of Commerce Economics and Statistics Administration, United States CENSUS BUREAU. Recuperado de <<https://www.census>.

- gov/content/dam/Census/programs-surveys/acs/about/ACS_Information_Guide.pdf> [consultado el 22 de marzo de 2017].
- ANDREWS, G. y T. Slade (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K-10) Measuring Risk. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 25 (6): 494-497.
- ANKER, R., I. Chernyshev, P. Egger, F. Mehran y J.A. Ritter (2003). La medición del trabajo decente con indicadores estadísticos. *Revista Internacional del Trabajo* 122 (2): 161-195.
- ARAÚJO, Dawson, B. (2009). Discrimination, Stress and Acculturation among Dominican Immigrant Women. *Hispanic Journal Behavioral Sciences* 31 (1): 96-111.
- ARAÚJO Dawson, B. y S. Panchanadeswaran (2010). Discrimination and Acculturative Stress among First-Generation Dominicans. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 32 (2): 2216-2231.
- ARIZA, M. y A. Portes (2007). Introducción. La migración internacional de mexicanos: escenarios y desafíos de cara al nuevo siglo. En Marina Ariza y Alejandro Portes (coords.), *El País Transnacional, migración mexicana y cambio social a través de la frontera*. D.F., México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales: 11-54.
- ARIZA, M. y M. Caicedo Riascos (2012). *Inventario de encuesta e investigaciones cualitativas sobre la migración mexicana a Estados Unidos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales.
- ARMENTA, A. (2017). *Protect, Serve, and Deport: The Rise of Policing as Immigration Enforcement*. Oakland: University of California Press.
- ARMONY, J.L., D. Trejo Martínez y D. Hernández (2012). Resonancia Magnética Funcional (RMF): Principios y aplicaciones en neuropsicología y neurociencias cognitivas. *Revista psicológica latinoamericana* 4 (2): 36-50.
- ARROW, K. (1971). The theory of discrimination (Paper No. 30A). Presentada en la conferencia de Discrimination in Labor Market, Princeton University.

- ASHENFELTER, O. (1970). Changes in labor market discrimination over time. *The Journal of Human Resources* 5 (4): 403-430.
- BAEZ, A. (2005) Mental Health Intervention with Dominican Immigrants: A Psychosocial Perspective. *Journal of Immigrant & Refugee Services* 3 (1/2): 125-139.
- BANCO CENTRAL DE LA REPÚBLICA DOMINICANA, MERCADO DE TRABAJO (2013). Recuperado de <https://www.bancentral.gov.do/estadisticas_economicas/mercado_trabajo/> [consultado el 10 de abril de 2017].
- BARR, B., D. Taylor-Robinson, A. Scott-Samuel, M. McKee y D. Stuckler (2012). Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ* (345): 1-7.
- BARRAGÁN, L. (2000). El Caribe: movimientos político-poblacionales, 1950-1994. *Papeles de Población* (24): 113-131.
- BASTIDE, R. (1967). *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI Editores.
- BEAN, F.D. y M. Tienda (1987). *The Hispanic Population of The United States*. New York: Russell Sage Foundation.
- BEAN, F., R. Corona, R. Tuirán, K. Woodrow-Lafield y J. Van Hook (2001). Circular, Invisible, and Ambiguous Migrants: Components of Difference in Estimates of the Number of Unauthorized Mexican Migrants in the United States. *Demography* 38 (3): 411-422.
- BECK, A.T. (2006). Cognitive Therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 1 (2): 184-200.
- BECKER, G.S. (1971), *The Economics of Discrimination*. Chicago, USA: University of Chicago.
- BELLE, D. (1990). Poverty and women's mental health. *American Psychologist* 45 (3): 385-389.
- BENACH, J. y C. Muntaner (2010). *Empleo, Trabajo y Desigualdades en Salud: Una Visión Global*. España: Icaria.

- BERGER Cardoso, J. y S.J. Thompson (2010). Common Themes of Resilience Among Latino Immigrant Families: A Systematic Review of the Literature. *Families in Society* 91 (3): 1-7. doi: 10.1606/1044-3894.4003.
- BERRY, J.W. (1997). Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology: An International Review* 46 (1): 5-68.
- BERRY, J.W. (2016). Immigrant Acculturation and Wellbeing in Canada. *Canadian Psychological Association* 57 (4): 254-264.
- BERRY, J.W., U. Kim, T. Minde y D. Mok (1987). Comparative Studies of Acculturative Stress. *The International Migration Review* 21 (3): 491-511.
- BERRY, J.W., U. Kim, S. Power, M. Young, y M. Bujaki (1989). Acculturation Attitudes in Plural Societies. *Applied Psychology: An International Review* 38 (2): 185-206.
- BERRY, J.T., K. Kroenke, R. Crider, O. Gonzalez, L.S. Balluz, A.H. Mokdad y T.W. Strine (2008). Depression and Anxiety in the United States: Findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Psychiatric Services* 59 (12): 1383-1390.
- BERTOLOTE, J.M. (2008). Políticas de salud mental. Raíces del concepto de salud Mental. *World Psychiatry*. España (6): 2, 113, 114.
- BESCOND, D., A. Châtaignier y F. Mehran (2003). Siete indicadores para medir el trabajo decente, comparación internacional. *Revista Internacional del Trabajo* 2 (122):197-231.
- BHATTACHARJEE, Dipanjan, N. Kr. Singh, A.Kr. Rai, P. Kumar, A.N. Verma y S. Kr. Munda (2011). Sociological Understanding of Psychiatric Illness: An Appraisal. *Delhi Psychiatry Journal* 14 (1): 54-62.
- BHUGRA, D. y P. Jones (2001). "Migration and mental illness" *Advances in Psychiatric Treatment* 7: 216-223.
- BHUGRA, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109 (4): 243-258.

- BHUGRA, D. y M. Becker (2005). Inmigración, desarraigo cultural e identidad cultural. *World Psychiatry* 3 (2): 18-24.
- BHUGRA, D., Wo Wojcik y S. Gupta (2011). Cultural bereavement, culture shock and culture conflict: adjustments and reactions. En Dinesh Bhugra y Susham Gupta (eds.), *Migration and Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press: 139-148.
- BJÖRKLUND, A. (1985). Unemployment and mental health: some evidence from panel data. *The Journal of Human Resources* 20 (4): 469-483.
- BLINDER, A.S. (1973). Wage discrimination: reduced form and structural estimates. *The Journal of Human Resources* 8 (4): 436-455.
- BLUMER, H. (1982). *El Interaccionismo simbólico. Perspectiva y método*. Barcelona: Hora.
- BORJAS, Gorge J. (2003). The Economic Integration of immigrants in the United States, Lessons for policy. Discussion Paper No. 2003/78. United Nations University, World institute for Development Economic Research (WIDER): 1-8.
- BORJAS, J. y L. Katz (2005). The evolution of the Mexican-born workforce in the United States. Working paper 11281. National Bureau of economic Research, Nber Working Papers Series. Recuperado de <<http://www.nber.org/papers/w11281>>.
- BOORSE, C. (1975). On the Distinction between Disease and Illness. *Philosophy & Public Affairs* 5 (1): 49-68.
- BRAILOWSKY, S. (1995). *Las sustancias de los sueños: neuropsicofarmacología*. Recuperado de <<http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/130/html/toc.html>>.
- BRAVERMAN, H. (1999), Trabajo y fuerza de trabajo. En Luis Toharia (comp.), *El mercado de trabajo: teorías y aplicaciones* (pp. 129-139). Madrid: Alianza Editorial.
- BRESLAU, J., G.E. Borges, D. Tancredi, N. Saito, R. Kravitz, L. Hinton, W. Vega, M.E. Medina-Mora y S. Aguilar-Gaxiola (2011). Migration from Mexico to the United States and Sub-

- sequent Risk for Depressive and Anxiety Disorders A Cross-National Study. *Arch. Gen. Psychiatry* 68 (4): 428-433.
- BRISMAT Delgado, N.M. (2016). Estado y Migración: el impacto de las políticas en el proceso migratorio cubano. En Liliana Pérez Martínez (ed.), *Cubanos en México: orígenes, tipologías y trayectorias migratorias*. México: FLACSO-México.
- BUAJASÁN, J. y J.L. Méndez (2005). *La República de Miami*. La Habana: Ciencias Sociales.
- BURNAM, M.A., R.L. Hough, M. Karno, J.I. Escobar y C.A. Telles (1987). Acculturation and Lifetime Prevalence of Psychiatric Disorders among Mexican Americans in Los Angeles. *Journal of Health and Social Behavior* 28 (1): 89-102.
- BUSFIELD, J. (2000). Introduction. Rethinking the sociology of mental health. *Sociology of Health Illness* 22 (5): 543-558.
- CAICEDO, M. (2009). Desigualdad salarial en el mercado laboral estadounidense: la situación de los mexicanos, cubanos y centroamericanos. *Gaceta Laboral* 15 (1): 5-31.
- CAICEDO, M. (2010). *Migración, Trabajo y Desigualdad, los Inmigrantes Latinoamericanos y Caribeños en Estados Unidos*. México: El Colegio de México.
- CAICEDO, M. (2010a). Integración económica y desigualdad: tres generaciones de mexicanos en Estados Unidos. *Revista mexicana de sociología* 75 (2) (abril-junio): 255-282.
- CAICEDO, M. (2011). La inserción ocupacional de latinoamericanos en Nueva York y Los Ángeles. *Norteamérica* 6 (2): 177-2015.
- CAICEDO, M. (2012). Participación económica de mujeres latinoamericanas y caribeñas en Estados Unidos. *Gaceta Laboral* 8 (1): 5-33.
- CAICEDO, M. (2013). El desempleo de la población de origen mexicano en Estados Unidos. Coyuntura demográfica. *Revista sobre Procesos Demográficos en México Hoy* (3): 77-83.

- CAICEDO, M. y E. Van Gameren (2014). Desempleo y salud Mental de los inmigrantes latinoamericanos en Estados Unidos. Un tema obligado en el actual contexto de crisis. En Emma Liliana Navarrete y Nelly Caro (coords.), *Poblaciones vulnerables ante la salud y el trabajo*. Estado de México: El Colegio Mexiquense: 157-190.
- CAICEDO, M. y E. Van Gameren (2015). Desempleo y Salud Mental en la población de origen hispano en Estados Unidos: un análisis epidemiológico. *Ciência and Saúde Coletiva* 21 (3): 995-966.
- CAICEDO, M. y Van Gameren, Edwin (2016). Unemployment and Mental Health among Mexican Immigrants and other Population Groups in the United States. *Migraciones Internacionales* 8 (4):168-194.
- CAIN, G.G. (1984). The economics of discrimination (part 1). *Focus* 7 (2): 2-11.
- CAMERON, A.C. y P.K. Trivedi (2005). *Microeconometrics. Methods and Applications*. New York: Cambridge.
- CANALES, A. (2001). Factores demográficos del asentamiento y la circularidad en la migración México-Estados Unidos. *Notas de Población* (72): 123-158.
- CAPLAN, S. (2007). Latinos, Acculturation and Acculturative Stress: A Dimensional Concept Analysis. *Policy, Politics & Nursing Practice* 8 (2): 93-106.
- CAPLAN, S. y S. Buyske (2015). Depression, Help-Seeking and Self-Recognition of Depression among Dominican, Ecuadorian and Colombian Immigrant Primary Care Patients in the Northeastern United States. *International Journal of Environmental Research and Public Health* (12): 10450-10467.
- CÁRDENAS, M. y C. Mejía (2006). *Migraciones internacionales de colombianos. ¿Qué sabemos?*, Working Papers Series, Documento de Trabajo núm. 30. Recuperado de <<https://core.ac.uk/download/pdf/6783757.pdf>> [consultado el 23 de septiembre de 2017].

- CARDOSO, P. (1998). Análisis de las principales corrientes migratorias cubanas durante el periodo revolucionario. En Manuel Ángel Castillo, Lattes, Alfredo y Jorge Santibáñez (coords.), *Migración y Fronteras*. México: El Colegio de la Frontera Norte: 209-239.
- CARRASQUILLO, O., A.I. Carrasquillo y S. Shea (2000). Health insurance coverage of immigrants living in the United States: differences by citizenship status and country of origin. *American Journal of Public Health* 90 (6): 917-923.
- CASTELLS, M. (1999). *La era de la información, economía, sociedad y cultura*. México: Siglo XXI.
- CASTELLS, M. y J. Borja (1998). *Local y global, la gestión de las ciudades en la era de la información*. México: Taurus.
- CASTEL, Robert (1998), La lógica de la exclusión. En Eduardo Bustelo y Alberto Minujin (eds.), *Todos Entran. Propuesta para sociedades Incluyentes*. Santa Fe de Bogotá: Editorial Santillana, UNICEF.
- CASTLES, S. y M.J. Miller (2004). *La era de la migración. Movimientos internacionales de población en el mundo moderno*. México, D.F.: Universidad Autónoma de Zacatecas, Secretaría de Gobernación, Instituto Nacional de Migración, Fundación Colosio y Miguel Ángel Porrúa.
- CASTRO, R. y M. Bronfman (1993). Teoría feminista y sociología médica: Bases para una discusión. *Cad. Saúde Públ.* 9 (3): 375-394.
- CATAÑO, G. (2003). Robert K. Merton. *Espacio Abierto* 12 (4): 471-492.
- CENSUS OF POPULATION AND HOUSING (2000). Technical documentation, U.S. Department of Commerce Economics and Statistics Administration, U.S. Census Bureau. Recuperado de <<http://factfinder.census.gov/servlet/DatasetMainPageServlet>> [consultado el 25 de noviembre de 2005].
- CENSUS OF POPULATION AND HOUSING (2000, 1990, 1980 y 1970). Bases de datos, muestras del 1% y el 5%. Recuperado de <<https://www.census.gov/prod/www/decennial.html>> [consultado el 3 de abril de 2012].

- CERVANTES, R.C., V. Nelly Salgado de Snyder y A.M. Padilla (1989). Posttraumatic Stress in Immigrants From Central America and Mexico. *Hospital and Community Psychiatry* 40 (6): 615-619.
- CHATTERJI P., M. Alegría, M. Lu y D. Takeuchi (2007). Psychiatric Disorders and Labor Market Outcomes: Evidence from the National Latino and Asian American Study. *Health Econ* 16 (10): 1069-1090. doi: 10.1002/hec.1210.
- CHÁVEZ-LEÓN, E. (2012). Trastornos de ansiedad. En De la Fuente, Juan Ramón y Gerhard Heinze (eds.). *Salud mental y medicina psicológica* (pp. 137-155). México: Mc Graw Hill.
- CISLO, A.M. (2007). *Psychological Distress among Cuban and Colombian Immigrants in Miami: Considering the Roles of Acculturation and Ethnic Discrimination*. Tesis doctoral. College of Social Science. University Libraries, Florida State.
- COLLAZOS F., A. Qureshi, M. Antonín y J. Tomás-Sábad (2008). Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del Psicólogo* 29 (3): 307-315.
- COMMONWEALTH COPYRIGHT ADMINISTRATION (2005). Australian Mental Health Outcomes and Classification Network Kessler-10 Training Manual. Recuperado de <<http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/lookup/4817.0.55.001Chapter92007-08>>.
- CONSEDINE N. S., Y.E. Chentsova-Dutton y Y.S. Krivoshekova (2014). Emotional acculturation predicts better somatic health: experiential and expressive acculturation among immigrant women from four ethnic groups. *Journal of Social and Clinical Psychology* 33 (10): 867-889.
- CONSTANT, A.F., T. García-Muñoz, S. Neuman y T. Neuman (2018). A “healthy immigrant effect” or a “sick immigrant effect”? Selection and policies matter. *The European Journal of Health Economics* 19 (1):103-121.
- CONTI, N.A. (2007). *Historia de la Depresión: La Melancolía desde la Antigüedad hasta el siglo XIX*. Buenos Aires: POLEMOS.

- COOMBS, T. (2005). Australian Mental Health Outcomes and Classification Network; Kessler-10 Training Manual. NSW Institute of Psychiatry. Recuperado de <<http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/lookup/4817.0.55.001Chapter92007-08>>.
- COOPER, B. (2011). Economic Recession and Mental Health: an Overview. *Neuropsychiatrie* (25): 113-117.
- CORONA, R. (1998). Modificaciones de las características del flujo migratorio laboral de México a Estados Unidos. En Manuel A Castillo, Alfredo Lattes y Jorge Santibáñez (coords.), *Migración y Fronteras* (pp. 243-261). Tijuana, México: El Colegio de la Frontera Norte, Asociación Latinoamericana de Sociología y El Colegio de México.
- CRAIG, T.K.J. (2011). Psychosis, migration and ethnic minority status: a story of inequality, rejection and discrimination. En D. Bhugra y S. Gupta (eds.), *Migration and Mental Health* (pp. 107-116). Cambridge: Cambridge University Press.
- CUEVAS CÓRDOVA, S. (1989). El estudio de la salud mental en relación con los procesos migratorios. Esbozo de un modelo. *Salud Mental* 12 (1): 15-27.
- CURRENT POPULATION SURVEY (2014). Sarah Flood, Miriam King, Renae Rodgers, Steven Ruggles, and J. Robert Warren. Integrated Public Use Microdata Series, Current Population Survey: Version 6.0 [dataset]. Minneapolis, MN: IPUMS, 2018. <<https://doi.org/10.18128/D030.V6.0>>. Recuperado de <<https://www.census.gov/programs-surveys/cps.html>> [consultado el 22 de marzo de 2017].
- CURRENT POPULATION SURVEY (2017). Sarah Flood, Miriam King, Renae Rodgers, Steven Ruggles, and J. Robert Warren. Integrated Public Use Microdata Series, Current Population Survey: Version 6.0 [dataset]. Minneapolis, MN: IPUMS, 2018. <<https://doi.org/10.18128/D030.V6.0>>. Recuperado de: <<https://www.census.gov/programs-surveys/cps.html>> [consultado el 22 de marzo de 2017].

- DANE (2017). Información Estratégica. Recuperado de <<http://www.dane.gov.co/reloj/>> [consultado el 23 de agosto de 2017].
- DARITY, W. (2003). Employment discrimination, segregation and health. *American Journal of Public Health* 93 (2): 226-231.
- DAVIES, L. y D.D. McAlpine (1998). The Significance of Family, Work, and Power Relations for Mothers' Mental Health, Canadian Journal of Sociology. *The Canadian Journal of Sociology/ Cahiers Canadiens de sociologies* 23 (4): 369-387.
- DAVIS, B. y P. Winters (2001). Gender, Networks and Mexico-U.S. Migration. *Journal of Development Studies* 38 (2): 1-26.
- DE LA FUENTE, J.R. (1997). Hacia un nuevo paradigma en la Psiquiatría. *Salud Mental* 20 (1). Recuperado de <<http://repositorio.inprf.gob.mx/bitstream/handle/123456789/5670/sm200102.pdf?sequence=1>>.
- DE LA FUENTE, J.R. (2012). Salud mental global. En Juan Ramón de la Fuente y Gerhard Heinze (eds.), *Salud Mental y Medicina Psicológica* (pp. 6-11). México: Facultad de Medicina-UNAM y McGraw-Hill.
- DEL POZO Iribarría, J.A., M. Ruiz, A. Pardo y R. San Martín (2002). Efectos de la duración del desempleo entre los desempleados. *Psicothema* 14 (2): 440-443.
- DÍEZ BREA, Y. (1997). J. Antonio Santos Ortega. Sociología del trabajo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas. Monográfico sobre la Formación y las Organizaciones* (77/78): 351-357.
- DODGE, R. (2009). *Prevalence of anxiety and depression in Mexican migrant farmworkers: a review of the literature*. Tesis de maestría. Recuperado de <<http://commons.pacificu.edu/spp/108>>.
- DOHRENWEND B.P., P.E. Shrout, G. Egri y F.S. Mendelsohn (1980). Nonspecific Psychological Distress and Other Dimensions of Psychopathology. Measures for Use in the General Population. *Arch. Gen. Psychiatry* 37: 1229-1236.
- DOHRENWEND B.P. y B. Snell Dohrenwend (1982). Perspectives on the Past and Future of Psychiatric Epidemiology. *American Journal of Public Health* 72 (11): 1271-1279.

- DOHRENWEND, B.P. (2000). The Role of Adversity and Stress in Psychopathology: Some Evidence and Its Implications for Theory and Research. *Journal of Health and Social Behavior* 41 (1): 1-19.
- DOOLEY, D. (2003). Unemployment, Underemployment and Mental Health: conceptualizing employment status as a continuum. *American Journal of Community Psychology* 32 (1-2): 9-20.
- DSM-IV (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson.
- DUANY, J. (1998). Reconstructing Racial Identity: Ethnicity, Color and Class among Dominicans in the United States and Puerto Rico, Latin American Perspectives. *Racer and National Identity in the Americas* 25 (3): 147-167.
- DUBARD, C. y Z. Gizlice (2008). Language Spoken and Differences in Health Status, Access to Care, and Receipt of Preventive Services Among US Hispanics. *American Journal of Public Health* 98 (11): 2021-2028.
- DUNLOP, D.D, J. Song, J.S. Lyons, L.M. Manheim y R.W. Chang (2003). Racial/Ethnic Differences in Rates of Depression Among Preretirement Adults. *American Journal of Public Health* 93 (11): 1945-1952.
- DURAND, J. (2007). Origen y destino de una migración centenaria. En Marina Ariza y Alejandro Portes (coords.), *El País Transnacional, migración mexicana y cambio social a través de la frontera* (pp. 55-82). D.F., México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales.
- DURKHEIM, E. (1928). *El suicidio, estudio de su sociología*. Madrid, España: Editorial Reus.
- EATON, William W., C. Muntaner y J.C. Sapag (2010). Socioeconomic Stratification and Mental Disorder. *A handbook for the study of mental health: social contexts. Theories and systems* (106-124). Cambridge: Cambridge University Press.

- ECONOMOU, M., M. Mandianos, L.E. Peppou, Ch. Theleristis, A. Patelakis y S. Costas (2013). Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry* (12): 53-59.
- EISENBERG, P. y P.F. Lazarsfeld (1938). The psychological effects of unemployment. *Psychological Bulletin* 35 (6): 358-390.
- ENCUESTA NACIONAL DE OCUPACIÓN Y EMPLEO (ENOE) (2014). Población de 15 años y más de edad. Recuperado de <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/accesomicrodatos/encuestas/hogares/regulares/enoe/15/>>.
- ENGLAND, P., C. García-Beaulieu y M. Ross (2004). Women's employment among blacks, whites and three groups of Latinas: do more privileged women have higher employment?. *Gender and Society* 18 (4): 494-509.
- ESCOBAR, J.I. (1998). Immigration and Mental Health Why Are Immigrants Better Off? *Arch. Gen. Psychiatry* 55 (9): 781-782. doi: 10.1001/archpsyc.55.9.78.
- ESCOBAR, J.I., C. Nervi Hoyos y M.A. Gara (2009). Immigration and Mental Health: Mexican Americans in the United States. *Harvard Review of Psychiatry* 8 (2): 64-72.
- ESPÍNDOLA, J.G., F. Morales, E. Díaz, Pimentel, P. Meza, C. Henales *et al.* (2006). Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatol. Reprod. Hum.* 20 (4): 112-122.
- FAÑANÁS, L. (2009). Bases genéticas de la vulnerabilidad de la depresión. *Anales del sistema sanitario de Navarra* 25 (3): 21-42.
- FARLEY, R. y R. Alba (2002). The New Second Generation in the United States. *International Migration Review* 36 (3): 669-701.
- FINCH, B.K., R. Frank y W.A. Vega (2004). Acculturation and Acculturation Stress: a social-Epidemiological Approach to Mexican Migrant Farmworkers' Health. *The International Migration Review* 38 (1): 236-262.

- FRIEDLAND, D.S. y R.H. Price (2003). Underemployment: Consequences for the Health and Well-Being of Workers. *American Journal of Community Psychology* 32 (1-2): 33-44.
- FRY, R. y B.L. Lowell (2002). Work or Study: Different Fortunes of U.S. Latino Generations. *Report a Project of the Pew Charitable Trusts and USC Annenberg school for Communication*. Washington. Recuperado de <www.pewhispanic.org>.
- FRYERS, T., D. Melzer y R. Jenkins (2003). Social inequalities and the common mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38 (5): 229-237. Recuperado de <<https://doi.org/10.1007/s00127-003-0627-2>>.
- 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): 357-362.
- FURUKAWA T.A., N. Kawakami, M. Saitoh, Y. Ono, Y. Nakane, Y. Nakamura, H. Tachimori, N. Iwata, H. Uda, H. Nakane, M. Watanabe, Y. Naganuma, Y. Hata, M. Kobayashi, Y. Miyake, T. Takeshima y T. Kikkawa (2008). The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 17 (3):152-158.
- GAMMAGE, Sarah y John Schmitt (2004). Los inmigrantes mexicanos, salvadoreños y dominicanos en el mercado laboral estadounidense: las brechas de género en los años 1990 y 2000. *Serie Estudios y Perspectivas* (20): 5-46. D.F. México: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- GARCÍA, B. (2006). La situación laboral actual: marcos conceptuales y ejes analíticos pertinentes. Ponencia presentada. V Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Estudios del Trabajo: Trabajo Reestructuración, los Retos del Nuevo Siglo, Oaxtepec.
- GARCÍA, B. (2007). El sentido de las transformaciones laborales en América Latina. *Revista Latinoamericana de Población* 1 (1): 1-22.

- GARRIDO, A. (2009). Desempleo, *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales, Terminología Científico-Social*, Tomo 1/2/3/4. Madrid-México: Plaza y Valdés. Recuperado de <<http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/D/desempleo.htm>> [consultados el 30 de mayo de 2010].
- GAVE, Walter R. (1978). The Labelling Theory of Mental Illness: A Reply to Scheff. *American Sociological Review* (2): 242-248.
- GAVE, Walter R. (1979). The labelling versus the Psychiatric Explanation of Mental Illness: A debate that has Become Substantively Irrelevant: Reply. *Journal of the Health and Social Behavior* 20 (3): 30-304.
- GHAL, D. (2003). Trabajo decente, conceptos e indicadores. *Revista Internacional del Trabajo* 122 (2): 125-160.
- GHAZAL, J. y P.N. Cohen (2007). One Size Fits All Explaining U.S.-Born and Immigrant Women's Employment Across 12 Ethnic Groups. *Social Forces* 85 (4): 1713-1734.
- GILI, M., M. Roca, S. Basu, M. McKee y D. Stuckler (2006, 2010 y 2013). The Mental Health Risk of Economic Crisis in Spain: Evidence for Primary Care Centres. *European Journal of Public Health* 23 (1): 103-108.
- GIROUX É. (2010). *Después de Canguilhem: definir la salud y la enfermedad* (traducción de José Vicente Bonilla Pardo) (pp. 17-29). Bogotá: Universidad Externado de Colombia, Universidad del Valle, Universidad El Bosque.
- GÓMEZ, B.M. (2013). La relación entre la crisis económica y la salud mental. Conferencia. Universidad de Valencia. Recuperado de <<http://www.uv.es/uvweb/universidad/es/listado-noticias/manuel-gomez-beneyto-reflexiona-nau-relacion-crisis-economica-salud-mental-1285846070123/Noticia.html?id=1285877810968>>.
- GÓMEZ, C. y N. Rodríguez Malagón (1997). Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 26 (1): 23-35.

- GORDON, M.M. (1964). *Assimilation in American life, the rol of race, religion and national origins*. Nueva York, USA: Oxford University Press.
- GRANOVETTER, M. (1995). The impact of social structure on Economic Outcomes. *Journal Economic Perspectives* 19 (1): 33-50.
- GRANT, B.F., F.S. Stinson, D.A. Dawson, S.P. Chou, M.C. Dufour, W. Compton, R.P. Pickering y K. Kaplan (2004). Immigration and Lifetime Prevalence of DSM-IV Psychiatric Disorders Among Mexican Americans and Non-Hispanic Whites in the United States, Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch. Gen. Psychiatry* 61 (8): 1226-1233.
- GUADARRAMA, Leyla, Alfonso Escobar y Limei Zhang (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM* 49 (2): 66-72.
- GUARNACCIA, P., I. Martínez y H. Acosta (2005). Mental health in the Hispanic immigrant community: an overview. *Journal Immigrants & Refugee Studies* 3 (1/2): 21-46.
- GUARNIZO, L.E. (2006). El Estado y la migración global colombiana. *Migración y Desarrollo* (6): 79-101.
- GUARNIZO, L.E., A.I. Sánchez y E.M. Roach (1999). Mistrust, fragmented solidarity, and transnational migration: Colombians in New York City and Los Angeles. *Ethnic and Racial Studies* 22 (2): 367-396.
- HALE, L.H. y E. Rivero-Fuentes (2011). Negative Acculturation in Sleep Duration among Mexican Immigrants and Mexican Americans. *Journal Immigrant Minority Health* 13 (2):402-407.
- HAMMEN, C. (2005). Stress and Depression. *Annual Review of Clinical Psychology* 1: 293-319.
- HANSON, G., K. Scheve, M. Slaughter y A. Spilimbergo (2001). Immigration and the U.S. Economy: Labor-Market Impacts, Illegal Entry and Policy Choices. Recuperado de <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.621.3835&rep=rep1&type=pdf>> [consultado el 21 de agosto de 2016].

- HERNÁNDEZ, R. (2004). On the age against the poor: Dominican migration to the United States, USA. *Journal of Immigrant & Refugee Services* 2 (1/2): 87-107. doi: 10.1300/J191v02n01_06.
- HERNÁNDEZ, S.R., C. Fernández Collado y P. Baptista Lucio (2010). *Metodología de la investigación*. Santiago de Chile: Mc GrawHill.
- HIPPLE, S.F. (2004). Self-employment in the United States: An update. *Monthly Labor Review* 13. Recuperado de <<https://heionline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/month127&div=67&id=&page=>>.
- HIPPLE, S.F. y L.A. Hammond (2010). BLS spotlight on statistics: Self-employment in the United States. Washington, D.C.: U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics. Recuperado de <https://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2788&context=key_workplace>.
- HONDAGNEU-SOTELO (2001). Trabajando sin papeles en Estados Unidos: hacia la integración de la calidad migratoria en relación a consideraciones de raza, clase y género. En Esperanza Muñón (coord.), *Mujeres en las Fronteras: Trabajo, salud y migración, Belice, Guatemala, Estados Unidos y México* (pp. 205-232). México: Colef, ECOSUR, Colson, PyV Editores.
- HOOVEY, J.D. y C. Magaña (2000). Acculturative Stress, Anxiety, and Depression among Mexican Immigrant Farmworkers in the Midwest United States. *Journal of Immigrant Health* 2 (3): 119-131.
- HORWITZ, A.V. (2010). An Overview of Sociological Perspectives on the definitions, Causes, and Responses to Mental Health and Illness. En T.L. Scheid y T.N. Brown (eds.), *A handbook for the study of mental health: Social Contexts, Theories and Systems*, (pp. 6-19). Cambridge: Cambridge University Press, Second Edition.
- HUNTINTONG, S. (2004). *¿Quiénes somos? Los desafíos de la identidad nacional estadounidense*. México: Paidós.
- INEGI (2015). Encuesta Nacional de Ocupación y empleo, Consulta interactiva de datos. Recuperado de <www.inegi.org.mx>.

- ITZIGSOHN, J. (2004). Incorporation and Transnationalism among Dominican Immigrants, Rich Port. *Caribbean Studies* 32 (1): 43-72.
- JAHODA, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York, EUA: Basic Books.
- JAHODA, M. (1987). *Empleo y desempleo, un análisis socio-psicológico*. Madrid, España: Morata.
- JAHODA, M., P.F. Lazarsfeld y H. Zeisel [1933] (1971). *Marienthal. The Sociography of an Unemployed Community*. Chicago, EUA: Aldine.
- JASSO, G., D.S. Massey, M.R. Rosenzweig y J.P. Smith (2004). *Immigrant Health Selectivity and Acculturation*. Institute for Fiscal Studies (IFS). *IFS Working Papers* No. 04/23. Londres. Recuperado de <<http://dx.doi.org/10.1920/wp.ifs.2004.0423>>.
- KAIL, B., L.H. Zayas y R.G. Malgady (2000). Depression, Acculturation and Motivations for Alcohol Use among Young Colombian, Dominican and Puerto Rican Men. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 22 (1): 64-77.
- KARANIKOLOS, M., P. Mladovsky, J. Cylus, S. Thomson, S. Basu, D. Stuckler, J. Mackenbach y M. McKee (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet* 381 (9874): 1323-1331. Recuperado de <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6)>.
- KARNON, M. y R.B. Edgerton (1969). Perception of Mental Illness in a Mexican-American Community. *Arch. Gen. Psychiatry* 20 (2): 233-238.
- KENDLER K.S., L.M. Thornton y C.O. Gardner (2000). Stressful life events and previous depressive episodes in women: an evaluation of the “kindling” hypothesis. *The American Journal Psychiatry* 157: 1243-51.
- KENNEDY, S., J.T. McDonald y N. Biddle (2015). The Healthy Immigrant Effect: Patterns and Evidence from Four Countries. *Journal of International Migration and Integration* 16 (2): 317-332.

- KESSLER, R. (1982). A Disaggregation of the Relationship between Socioeconomic Status and Psychological Distress. *American Sociological Review* 47 (6): 752-764.
- KESSLER, R. y D. Mroczek (1994). Final version of our non-specific Psychological Distress Scale. Ann Arbor, Survey Research Center of the Institute for Social Research: University of Michigan.
- KESSLER, R. y J.A. Jr. McRae (1982a). A Disaggregation of Relationship Between Socioeconomic Status and Psychological Distress. *American Sociological Review* 47 (2): 752-764.
- KESSLER, R. y J.A. Jr. McRae (1982b). The Effect of Wives' Employment on the Mental Health of Married Men and Women. *American Sociological Review* 47 (2): 216-227.
- KESSLER, R.C., K.D. Mickelson y D.R. Williams (1999). The Prevalence, Distribution and Mental Health Correlates of Perceived Discrimination in the United States. *Journal of Health and Social Behavior* 40 (3): 208-230.
- KESSLER, R., G. Andrews, L.J. Colpe, E. Hiripi, D. Mroczek, S.-L.T. Normand, E.E. Walters y A. Zaslavsky (2002). Short Screening Scales to Monitor Population Prevalances and Trends in Nonspecific Psychological Distress. *Psychological Medicine* 32 (6), 959-976.
- KESSLER, R., P.R. Barker, L.J. Colpe, J.F. Epstein, J.C. Gfroerer, E. Hiripi, M.J. Howes, S.-L.T. Normand, R.W. Manderscheid, E.E. Walters y A.M. Zaslavsky (2003). Screening for Serious Mental Illness in the General Population. *Archives of General Psychiatry* 60 (2):184-189. doi: 10.1001/archpsyc.60.2.184.
- KESSLER, R. y P.S. Wang (2008). The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States. *Annual Review Public Health* (29): 115-29.
- KESSLER, R., J. Greif Green, M.J. Gruber, N.A. Sampson, E. Bromet, M. Cuitan, T.A. Furukawa, O. Gureje, H. Hinkov, C. Hu, C. Lara, S. Lee, Z. Mneimneh, L. Myer, M. Oakley-Browne, J. Posada-Villa, R. Sagar, M.C. Viana y A.M. Zaslavsky (2010). Screening for Serious Mental Illness in the General Population

- with the K6 screening scale: Results from the WHO World Mental Health (WMH). *Survey Initiative. Int J Methods Psychiatr Res.* 19 (1): 4-22.
- KIM, T.J. y O. von dem Knesebeck (2015). Is an insecure job better for health than having no job at all? A systematic review of studies investigating the health-related risks of both job insecurity and unemployment. *BMC Public Health* 15 (985): 1-9.
- KIRKBRIDE, J.B. y P.B. Jones (2010). Epidemiological Aspects of Migration and Mental Illness. En D. Bhugra y S. Gupta (eds.), *Migration and Mental Health*. Cambridge: University Press.
- KLEINER, R.J. y S. Parker (1959). Migration and Mental Illness: A New Look. *American Sociological Review* 24 (5): 687-690.
- KLEINMAN, A. y B. Good (1985) *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. California: University of California Press, Berkeley.
- KONERU, K.V., A.G. Weisman, P.M. Flynn y H. Betancourt (2007). Acculturation and mental health: Current findings and recommendations for future research. *Applied and Preventive Psychology* 12: 76-96.
- KROENKE, K., R.L. Spitzer, J.B.W. Williams (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine* 16(9):606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
- KU, L., y T. Waidmann (2003). *How Race/Ethnicity, Immigration Status and Language Affect Health Insurance Coverage, Access to Care and Quality of Care Among the Low-Income Population*. Washington, DC: Kaiser Family Foundation.
- KUO, W. (1976). Theories of migration and mental health: an empirical testing on Chinese-Americans. *Soc. Sci. & Med.* 10: 297-306.
- LA ROCHE, M.J. (1999). The Association of Social Relations and Depression Levels among Dominicans in the United States. *Hispanic Journal of Behavioral* 21: 420-30.

- LA ROCHE, M.J. y T. Castellano (1997). Self Orientation and Depression Level among Dominicans in the United States. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 19 (4): 479-786.
- LALONDE, R.J. y R.H. Topel (1997). Economic Impact of International Migration and the Economic Performance of Migrants. En Mark Rosenzweig y Oded Stark (eds.), *Handbook of Population and Family Economics*. Amsterdam: Elsevier.
- LARA, M., C. Gamboa, M.I. Kahramanian, L.S. Morales y D. Hayes Bautista (2005). Acculturation and Latino health in the United States: A Review of the Literature and its Sociopolitical Context. *Annual Review Public Health* 26: 367-97.
- LASSER, J. y K. Jeffrey P. (2001). Depresión. En J.J. Hurrell, L.R. Murphy, S.L. Sauter y L. Lev (eds.), "Cuerpo humano", "Salud Mental", *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Recuperado de <<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/5.pdf>>.
- LAZARUS, R.S. (1990). Theory-Based Stress Measurement. *Psychological Inquiry* 1 (1): 3-13.
- LECHIN, F., B. Van der Dijs y M. Benaim (1996). Stress versus depression. Prog. Neuropsychopharmacol. *Biological Psychiatry* 20 (6): 899-950.
- LEIRA Permuy M.S. (2011). Lisandro Vales, Sistema Límbico. *Manual de bases biológicas del comportamiento humano*. Montevideo: Universidad de la República.
- LENON, M.C. y C. Limonic (2010). Work and Unemployment as Stressors. *A Handbook for the study of mental health: Social context. Theories and Systems* (pp. 2013-2255). Cambridge: Cambridge University Press.
- LEWIS-FERNÁNDEZ, R., A.K. Das, C. Alfonso, M.M. Weissman y M. Olfson (2005). Depression in US Hispanics: Diagnostic and Management considerations in family practice. *JABFP* 18 (4): 282-296.
- LINDERT, J., O.S. von Ehrenstein, S. Prieb, A. Mielck y E. Brähler (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees-

- A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine* 69: 246-257.
- LINN, M., R. Sandifer y S. Stein (1985). Effects of unemployment on mental and physical health. *American Journal of Public Health* 75 (5): 502-506.
- LIVINGSTON Bruce, M., D.T. Takeuchi y P.J. Leaf (1991). Poverty and psychiatric status. Longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area study. *Arch. Gen. Psychiatry* 48 (5): 470-474. doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810290082015.
- LLUCH, M.T. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona: División de Ciencias de la Salud, Facultad de Psicología.
- LÓPEZ, H. (1998). *La emigración cubana en los Estados Unidos, descorriendo mamparas*. Ciudad de la Habana: Editorial SI-MAR.
- LOURO, B.I. (2005). Modelo de salud del grupo. *Revista Cubana Salud Pública* 31(4):332-7.
- LUGO, M.M. y M.A. Marrero (2016). En busca de algo mejor: Discursos sobre la emigración y las representaciones identitarias de la diáspora puertorriqueña en el área metropolitana de Orlando, Florida, Estados Unidos. Tesis doctoral: Universidad de Puerto Rico, Mayagüez, Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de la Plata, Argentina.
- LUTHAR, S. y D. Cicchetti (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology* 12: 857-885.
- MALZBERG, B. (1936). Mental Disease Among Certain Population Groups in New York State. *Journal of the American Statistical Association* 31 (195): 545-548.
- MALZBERG, B. (1959). Mental disease among Puerto Ricans in New York City, 1949-1951. *Journal of Nervous and Mental Disease* 123: 262-269.
- MALZBERG, B. (1962). Migration and mental disease among the white population of New York State 1949-1951. *Human Biology* 34 (2): 89-98.

- MARKIDES, K.S. y J. Coreil (1986). The health of Hispanics in the Southwestern: an epidemiologic paradox. *Public Health Reports* 101 (3): 253-265.
- MARKIDES, K.S., N. Krause y C. Mendes de Leon (1988). Acculturation and alcohol consumption among Mexican Americans: A three generation study. *American Journal of Public Health* 78: 1178-1181.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Á. (1998). Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría XVIII* (68): 645-659.
- MARTÍNEZ PIZARRO J., V. Cano Christiny y M.S. Contrucci (2014). Tendencias y patrones de la migración latinoamericana y caribeña hacia 2010 y desafíos para una agenda regional. *Serie Población y Desarrollo* 109: 1-70.
- MARUANI, M. (2000). De la Sociología del Trabajo a la Sociología del empleo (Traducción: Evelyne Tocut). MAGE. IRESO. CNRS. *París. Política y Sociedad* 34: 9-17.
- MASSEY, D., J. Durand y L. Goldrin (1994). Continuities in transnational migration: an analysis of nineteen Mexican communities. *American Journal of Sociology* 99 (6): 1492-1533.
- MASSEY, D., J. Durand y N.J. Malone (2002). *Beyond smoke and mirror: Mexican immigration in an era of economic integration*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- MEBERAK, M., A. de Castro, M.P. Salamanca y M.F. Quintero (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe* 23: 83-112.
- MEDINA-MORA, M.E., G. Borges, C. Lara Muñoz, C. Benjet, J. Blanco Jaimes, C. Fleiz Bautista, J. Villatoro Velázquez, E. Rojas Guiot, J. Zambrano Ruiz, L. Casanova Rodas y S. Aguilar-Gaxiola (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 26 (4): 1-16.

- MELUK, S. (1990). Comunicaciones breves: Los servicios de salud y la comunidad hispana en los Estados Unidos. *Acta Médica Colombiana* 15 (5): 315-322.
- MENDELSON, T., L. Kubzansky, G. Datta y S. 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): 1284-1296.
- MERTON, Robert K. (1964) *Teoría y estructura sociales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- MICKENS, M. (2016). Las desigualdades en la inserción laboral y las condiciones de trabajo en las inmigrantes haitianas y dominicanas en Estados Unidos. Tesis doctoral, El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales. México.
- MICKLEWRIGHT, J., M. Pearson y S. Smith (1990). Unemployment and Early School Leaving. *The Economic Journal* 100 (400): 163-169.
- MIGRATION POLICY INSTITUTE (2015). Recuperado de <<https://www.migrationpolicy.org/>> [consultado el 26 de abril de 2017].
- MOLLENKOPF, J. y M. Castells (1991). *Dual city, Restructuring*. New York: Russell Sage Foundation.
- MORGAN, D. (1975). Explaining Mental Illness. *European Journal of Sociology* 16 (2): 262-280.
- MORAGAS, R. (1976). Enfoque sociológico de diversas concepciones de salud. *Revista de Sociología* 5: 31-54.
- MOUSSAOUI, D. y M. Agoub (2010). Risk and protective factors in mental health among migrants. En D. Bhugra y S. Gupta (eds.), *Migration and Mental Health* (pp. 98-106). Cambridge: Cambridge University Press.
- MURPHY, H.B.M. (1961). Change and Mental Health. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 39 (3): 385-445
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (NCHS) (2014). National Health Interview Survey. Questionnaires, Datasets, and Related Documentation. Recuperado de <<http://www.cdc.gov/>>

nchs/nhis/nhis_questionnaires.htm> [consultado el 17 de septiembre de 2014].

NATIONAL HEALTH INTERVIEW SURVEY (NHIS) (2009). Questionnaires, Datasets, and Related Documentation. Recuperado de <http://www.cdc.gov/nchs/nhis/nhis_questionnaires.htm> [consultado el 17 de septiembre de 2014].

NATIONAL HEALTH INTERVIEW SURVEY (NHIS) (2019). Questionnaires, Datasets, and Related Documentation. Recuperado de <http://www.cdc.gov/nchs/nhis/nhis_questionnaires.htm> [consultado el 17 de septiembre de 2014].

NAZROO, J. y K. Iley (2011). Ethnicity, migration and mental health: the role of social and economic inequalities. En Dinesh Bhugra y Susham Gupta (eds.), *Migration and Mental Health* (pp. 69-79). Cambridge: Cambridge University Press.

NEFFA, J.C., D. Panigo, P.E. Pérez y J. Persia (2014). *Actividad, empleo y desempleo Conceptos y definiciones*. Argentina: CEIL-CONICET.

NEGY, C., S. Schwartz y A. Reig-Ferrer (2009). Violated Expectations and Acculturative Stress among U.S. Hispanic Immigrants. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 15 (3): 255-264.

OAXACA, R. (1973). Male-female wage differentials in urban labour markets. *International Economic Review* 14 (3): 693-709.

OBOLER, S. (2006). Redefining Citizenship as a Lived Experience. *Latinos and Citizenship: The Dilemma of Belonging* (pp. 3-30). New York: Palgrave Macmillan US.

OBOLER, S. (2013). La identidad latina de ayer y de hoy. En Elaine Levine (ed.), *La migración y los latinos en Estados Unidos. Visiones y conexiones* (pp. 427-445). Ciudad de México: CISAN-UNAM.

ODEGAARD, O. (1932). Emigration and insanity. *Acta Psychiatrica et Neurologica* 4 (1): 1-206.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD) (2002). International mobility of the highly

- skilled. Recuperado de <http://books.google.com.mx/books?id=WA_IrBNdfpYC&dq=International+mobility+of+the+highly+killed&printsec=frontcover&source=bn&hl=es&sa=X&oi=book_result&resnum=4&ct=result#PPA13,M1> [consultado el 25 de septiembre de 2006].
- ORDORIKI, T. (2005). El concepto de enfermedad: un enfoque conceptual desde la sociología. En *Jornadas Anuales de Investigación 2005*. Margarita Favela Gavia y Julio Muñoz Rubio (comps.) (pp. 215-226). México: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT) (2000). *Mental Health in the Workplace*. Recuperado de <http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/lang--en/WCMS_007910/index.htm> [consultado el 10 de enero de 2010].
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT) (2000). S.O.S. Estrés en el trabajo. Aumentan costes del estrés en el trabajo y la incidencia de la depresión es cada vez mayor. *Trabajo. Revista de la OIT* 37.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT) (2001). *Formación para el trabajo decente*. Montevideo, Cinterfor. Recuperado de <https://www.oei.es/historico/etp/formacion_trabajo_decente.pd> [consultado el 30 de mayo de 2006].
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2007) *Salud mental*. Recuperado de <<http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>> [consultado el 12 de abril de 2010].
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Recuperado de <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>> [consultado el 28 de septiembre de 2016].
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2017). *La depresión, Trastornos mentales, Nota descriptiva, 369*. Recuperado

de <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>> [consultado el 15 de septiembre de 2017].

- ORTIZ-HERNÁNDEZ, L., S. López-Moreno y G. Borges (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* 23 (6): 1255-1272.
- PADILLA, A.M. (2008). Social cognition, ethnic identity, and ethnic specific for coping with threat specific to prejudice and discrimination. En Willis-Esqueda (ed.), *Motivational aspects of race and prejudice* (pp. 7-42). The Nebraska Symposium on Motivation. New York: Springer.
- PAGE, R.L. (2006). Acculturation in Mexican Immigrants, a Concept Analysis. *Journal of Holistic Nursing* 24 (4): 270-278.
- PALLONI, A. y J. Morenoff (2001). Interpreting the paradoxical in the Hispanic Paradox. Demographic and epidemiologic approaches. *Annals of the New York Academy of Sciences* 954 (1): 140-174.
- PARELLA, S. (2006). Las lógicas de la discriminación de las mujeres inmigrante en el mercado de trabajo, mecanismos y repercusiones. *Puntos de Vista/ Discriminación* 5: 29-46.
- PARELLA, S. (2007). Las migraciones femeninas y la internacionalización de la reproducción social. Algunas reflexiones. *Quaderns de la Mediterrània, IEMed7* (pp. 149-153). Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de <http://www.iemed.org/publicacions/quaderns/7/e149_Parella.pdf> [consultado el 18 de enero de 2009].
- PARRADO, E.A. (2011). How High is Hispanic/Mexican Fertility in the United States? Immigration and Tempo Considerations. *Demography* 48 (3): 1059-1080.
- PARRADO, E.A. y C.A Flippen (2012). Hispanic Fertility, Immigration and Race in the Twenty-First Century. *Race and Social Problems* 4 (1): 18-30.

- PASSEL, J.S. y D. Cohn (2017). Immigration projected to drive growth in U.S. working-age population through at least 2035. Recuperado de <<http://www.pewresearch.org/fact-tank/2017/03/08/immigration-projected-to-drive-growth-in-u-s-working-age-population-through-at-least-2035/>> [consultado el 15 de abril de 2018].
- PAVALKO, E.K., K.N. Mossakowski, y V.J. Hamilton (2003). Does perceived discrimination affect Health? Longitudinal relationships between work discrimination and women's physical and educational health. *Journal of Health and Social Behavior* 43 (1): 18-33.
- PAYKEL, E.S. (2001). Stress and affective disorders in humans. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry* 6 (1): 4-11.
- PÉCAUT, D. (2004). Tradición, liberal, autoridad y autoritarismo. *Política* 4: 59-85.
- PELLEGRINO, A. (2001). *Migrantes latinoamericanos y caribeños*. Santiago de Chile: CEPAL.
- PELLEGRINO, A. (2003). La migración internacional en América Latina y el Caribe: tendencias perfiles de los migrantes. *Serie Población y Desarrollo* 35: 1-41.
- PELLEGRINO, A. y J. Martínez (2001). Una aproximación al diseño de políticas sobre la migración internacional calificada en América Latina. *Serie Población y Desarrollo* 23. Santiago de Chile: Proyecto Regional de Población FNUAP-CELADE-División de Población de la CEPAL. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7158/1/S2001719_es.pdf> [consultado el 12 de febrero de 2005].
- PEREZ, A.M. (1998). Migration and Mental Health among Dominican Immigrants Living in New York City: A comparison of two Migration-Mental health models. Tesis doctoral. New York: Fordham University.
- PETERSON, C. (2010). Psychological Approaches to Mental Illness. En Teresa L. Scheid y Tony N. Brown (eds.), *A handbook for the study of mental health: Social Contexts, Theories and Systems*

(pp. 89-105). Cambridge: Cambridge University Press, Second Edition.

PHELPS, E. (1972). The statistical theory of racism and sexism. *The American Economic Review* 62 (4): 659-661.

PICKETT K.E. y R.G. Wilkinson (2010). Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. *The British Journal of Psychiatry* 197 (6): 426-428. doi: 10.1192/bjp.bp.109.072066

PORTES, A. (2001). Inmigración y metrópolis: reflexiones acerca de la historia urbana. *Migraciones Internacionales* 1 (1): 111-134.

PORTES, A. (2005). Un Diálogo Norte-Sur: El progreso de la teoría en el estudio de la migración internacional y sus implicaciones. *Princeton University. Woodrow Wilson School of Public and International Affairs. Center for Migration and Development, Working Papers*. Recuperado de <<http://cmd.princeton.edu/papers/wp0502k.pdf>> [consultado el 9 de abril de 2009].

PORTES, A. y L. Guarnizo (1991). *Capitalistas del trópico, la migración en Estados Unidos y el desarrollo de la pequeña empresa en la República Dominicana, Santo Domingo*. República Dominicana: Programa FLACSO-República Dominicana, The Johns Hopkins University.

PORTES, A. y R. Rumbaut (1994). *Immigrant America: A Portrait*. Berkeley: University of California Press.

POSADA-VILLA, J.A., J. Buitrago-Bonilla, Y. Medina Barreto y M. Rodríguez-Ospina (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad, según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. *Publicación Científica* 4 (6): 33-41.

POTOCHNIK, S.S. y K.M. Pereira (2010). Depression and Anxiety among First-Generation Immigrant Latino Youth: Key Correlates and Implications for Future Research. *Journal of Nervous and Mental Disease* 198 (7): 470-477.

- PRATT, L.A. y D.J. Brody (2008). Depression in the United States Household Population, 2005-2006. *NCHS Data Brief*, September. Recuperado de <<https://www.cdc.gov/nchs/data/data-briefs/db07.htm>>.
- PROCHASKA, J.J. H-Y. Sung, W. Max, Y. Shi y M. Ong (2012). Validity Study of the K-6 Scale as a Measure of Moderate Mental Distress based on Mental Health Treatment Need and Utilization. *International Journal Methods in Psychiatric Research* 21(2): 88-97.
- PUMARIEGA, A.J., E. Rothe y J.B. Pumariega (2005). Mental Health of Immigrants and Refugees. *Community Mental Health Journal* 41 (5): 581-597.
- RAHEB, C. (2007-2008) Clasificación en Paidopsiquiatría. Conceptos y Enfoques. Sistemas de Clasificación: DSM-V, ICD-10. Introducción. Módulo I. Universidad Autónoma de Barcelona. Colegio Oficial de Psicología. Recuperado de <http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/Sistemas_Clasificacion_DSM-IV_CIE-10_07-09_M1.pdf>.
- RAMOS, B., J Jaccard y V Guilamo-Ramos (2003). Dual ethnicity and depressive symptoms: implications of being Black and Latino in the United States. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 25 (2): 147-173.
- RANTAKEISU, U. y L.R Jönsson (2003). Unemployment and mental health among White-collar workers-a question of work involvement and financial situation?. *International Journal of Social Welfare* 12 (1): 31-41.
- REEVES, A., D. Stuckler, M. McKee, D. Gunnell, S. Chang y S. Basu (2012). Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. *The Lancet*, 380: 1813-1814. Recuperado de <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(12\)61910-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)61910-2.pdf)>.
- REHKOPF, D.H., L.D. Kubzansky y T. Mandelson (2008). Depression among Latinos in the United States: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76 (3): 355-366.

- RODRÍGUEZ, E., J.A. Allen, E. Frongillo, P. Chandra (1999). Unemployment, depression, and health: a look at the African-American community. *J Epidemiology Community Health* 53: 335-342.
- RODRÍGUEZ, N., C. Bingham Mira, N.D. Paez y H.F. Myers (2007). Exploring the Complexities of Familism and Acculturation: Central Constructs for People of Mexican Origin. *American Journal of Community Psychology* 39: 61-77.
- RUBIO, J. (2003). Pluralismo, multiculturalismo y ciudadanía compleja. En Pablo Badillo O'Farrell (coord.), *Pluralismo, tolerancia, multiculturalismo, reflexiones para un mundo plural* (pp. 173-194). Madrid: Akal.
- RUGGLES, S., K. Genadek, R. Goeken, J. Grover y M. Sobe (2017). Integrated Public Use Microdata Series: Version 7.0 Minneapolis, EUA, University of Minnesota [dataset]. Recuperado de <<https://doi.org/10.18128/D010.V7.0>>.
- RUIZ, P.I., C. Maggi y A. Yusim (2011). The impact of acculturative stress on the mental health of migrants. En Dinesh Bhugra y Susham Gupta (eds.), *Migration and Mental Health* (pp. 139-148). Cambridge University Press.
- RUMBAUT, R. (1985). Mental health and refugee experience: a comparative study of Southeast Asian refugees. En Owan, Tonw Choken, B. Bliatout, K-M. Lin, W. Liu, T.D. Nguyen y He.Z. Wong (eds.), *Southeast Asian mental health: Treatment, Prevention, Services, Training and Research* (pp. 433-486). Washington DC: ERIC.
- SADEK, N. y C. Nemeroff (2000). Actualización en neurobiología de la depresión. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 64 (3): 462-479.
- SALGADO DE SNYDER, N. (1996). Problemas psicosociales de la migración internacional. *Salud mental* v (19), suplemento de abril.
- SALGADO DE SNYDER, N. (2002) Motivaciones de la migración de mexicanos hacia los Estados Unidos. En M. Muñoz de Alba Medrano (comp.), *Temas selectos de salud y derecho* (pp. 89-108). México: UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas.

- SÁNCHEZ, M.E. (2002). Sociología y enfermedad mental. Reflexiones en torno a un desencuentro. *Revista Internacional de Sociología* 60 (31): 35-58.
- SANTANA V.S. (2012). Empleo, condiciones de trabajo y salud. *Salud Colectiva* 8 (2): 101-106.
- SANTANA V.S., D. Lommis, B. Newman y S.D. Harlow (1997) Informal job: another occupational hazard for women's mental health. *International Journal Epidemiology* 26 (6): 1236-1242.
- SARUDIANSKY, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana* 21 (2): 19-28.
- SASSEN, S. (1993). *La movilidad del trabajo y del capital. Un estudio sobre la corriente internacional de la inversión internacional y del trabajo*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social.
- SASSEN, S. (1999). *La ciudad global*. Buenos Aires: Eudeba.
- SASSEN-KOOB, S. (1979). Formal and Informal Associations: Dominicans and Colombians in New York. *The International Migration Review* 13 (2): 314-332.
- SCHEEFF, T.J. (1964). The Societal Read on to Deviance: Ascriptive Elements in the Psychiatric Screening of Mental Patients in a Midwestern State. *Social Problems* 11 (4): 401-413.
- SCHEEFF, T.J. (1974). The Labelling Theory of Mental Illness. *American Sociological Review* 19 (3): 444-452.
- SCHWARTZ, S. y C. Corcoran (2010). Biological Theories of Psychiatric Disorders: A Sociological Approach. En T.L. Scheid y T.N. Brown (eds.), *A handbook for the study of mental health: Social Contexts, Theories and Systems* (pp. 64-88). Cambridge: Cambridge University Press.
- SEARIGHT, Rusell, Paul J. Handal, Thomas M. McCauliffe (1989). The relationship between public mental health admission rates, institutional constraints, and unemployment. *Administration*

and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research 17 (1):33-42.

SEN, A. (1997). Desigualdad y desempleo en la Europa contemporánea. *Revista Internacional del Trabajo* 116 (2):169-187.

SEN, A. (2000). Trabajo y derechos. *Revista Internacional del Trabajo* 119 (2): 129-139.

SEN, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud?. III Conferencia Internacional sobre Economía de la Salud. York, Reino Unido, 23 de julio de 2001. *Rev. Panam. Salud Publica/Pan. Am. J. Public Health* 11 (5/6): 302-309.

SEYLE, H. (1976). *The stress of life*. New York, United States of America: McGraw-Hill.

SILVA, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 40 (1): 9-20.

SIMON, R.W. (1995). Gender, Multiple Roles, Role Meaning, and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior* 36 (2): 182-194.

SLADE, T., R. Grove y P. Burgess (2011). Kessler Psychological Distress Scale: normative data from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 45: 308-316. doi: 10.3109/00048674.2010.543653 Source: PubMed.

SNOWDEN, L. (2001). Barriers to Effective Mental Health Services for African Americans. *Mental Health Services Research* 3 (4): 181-187.

SMITH, J.P. y B. Edmonston (eds.) (1997). *The New Americans: Economic, Demographic and Fiscal Effects of Immigration*. Washington, DC: National Academy Press. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=-JacAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT12&dq=national+research+council++new+americans&ots=bZRF_0AJ9M&sig=-jqEGJQVTxrw2x78Ca4AVTag24#v=onepage&q=national%20research%20coun-

- cil%20%20new%20americans&f=false> [consultado el 17 de agosto de 2018].
- SPITZER, R.L., K. Kroenke, J.B.W. Williams y B.A. Löwe (2006). Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Arch. Intern. Med.* 166 (10): 1092-1097. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092
- SOJA, E. (1992). Poles apart: urban restructuring in New York and Los Angeles. En J. Mollenkopf y M. Castells (eds.), *Dual City Restructuring New York* (pp. 361-376). New York: The Russell Sage Foundation.
- SOJA, E., R. Morales y G. Wolff (1983). Urban restructuring: an analysis of social and spatial change in Los Angeles. *Economic Geography* 59 (2): 195-230.
- SOLÉ Arrondo, M.E. (2002). La clasificación internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. *Revista Cubana de Psicología* 19 (3): 242-247.
- SORENSEN, N. (2005). Globalización, género y migración transnacional. El caso de la diáspora dominicana. En Á. Escrivá y N. Rivas (coords.), *Migración y Desarrollo* (pp. 163-182). Madrid: Colección Politeya, CSIC.
- STAGNARO, J.C. y N.A. Conti (2007). *Introducción en Historia de la Ansiedad. Textos escogidos*. Buenos Aires: Editorial POLEMOS.
- STEPLER, R. y H. López (2016). U.S. Latino Population Growth and Dispersion Has Slowed Since Onset of the Great Recession. Recuperado de <<http://www.pewhispanic.org/2016/09/08/latino-population-growth-and-dispersion-has-slowed-since-the-onset-of-the-great-recession/>> [consultado el 15 de abril de 2018].
- STILLMAN, S., D. McKenzie y J. Gibson (2006). Migration and mental health: evidence from a natural experiment. *Department of Economics Working Paper in Economics 4/06*. Recuperado de <https://researchcommons.waikato.ac.nz/bitstream/handle/10289/1637/Economics_wp_0604.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [consultado el 15 de abril de 2018].

- STOMPE T., D. Holzer, A. Friedmann y D. Bhugra (2011). Pre-migration personality and precipitating factors. En Dinesh Bhugra y Susham Gupta (eds.) *Migration and Mental Health* (pp. 68-78). Cambridge: Cambridge University Press.
- STRATTON, L.S. (1993). Racial differences in men's unemployment. *Industrial and Labor Relations Review* 46 (3): 451-463.
- STRINE, T.W., S. Dhingra, C.A. Okoro, M.M. Zack, L.S. Balluz, J.T. Berry y A.H. Mokdad (2009). State-based differences in the prevalence and characteristics of untreated persons with serious psychological distress. *International Journal Public Health* 54 (1): 9-15.
- STRINE, T.W., A.H. Mokdad, L.S. Balluz, O. González, R. Crider, J.T. Berry y K. Kroenke (2008). Depression and Anxiety in the United States: Findings From the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Psychiatric Services* 59 (12): 1383-1390.
- SZASZ, T.S. (1970). *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- TAPIAS-VARGAS, L., L.F. Tapias-Vargas y L. Tapias (2009). *Miastenia gravis y el timo: pasado, presente y futuro*. *Revista Colombiana de Cirugía* 24 (4): 269-282.
- TAUSIG, M., J. Michello y S. Subedi (2004) *A sociology of mental illness*. Nueva Jersey: Prentice Hall.
- TEFFT, N. (2011). Insights on unemployment, unemployment insurance, and mental health. *Journal of Health Economics* 30 (2): 258-264.
- THAPA, S.B. y E. Hauff (2005). Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low and middle income countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40 (1): 78-84.
- THOITS, P.A. (2010). Sociological Approaches to Mental Illness. En T.L. Scheid y T.N. Brown (eds.), *A handbook for the study of mental health: Social Contexts, Theories and Systems* (pp. 106-124). Cambridge: Cambridge University Press.

- THOMAS, C.S. y J.J. Lindenthal (1989-1990). Migration and mental health among the peoples of the Caribbean, 1948-1980. *International Journal of Mental Health* 18 (4): 92-102.
- THOMSON Fuller, E., A. Nuru-Jeter, D. Richardson, F. Raza y M. 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.
- TOKMAN, V. (2003). Desempleo juvenil en el Cono sur: causas, consecuencias y políticas. En Serie Prosur, Recuperado de <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/vifa-latam/c03-00907.pdf>,> [consultado el 12 de agosto de 2008].
- TORRES, J.M., y S.P. Wallace (2013). Migration Circumstances, Psychological Distress, and Self-Rated Physical Health for Latino Immigrants in the United States. *American Journal of Public Health* 103 (9): 1619-1627.
- TORRES-SAILLANT, S. y R. Hernández (1998). *The New Americans. The Dominican Americans*. USA: Green Good Press.
- TUIRÁN, R. (2002). Migración, remesas y desarrollo. *La Situación Demográfica de México*. México: CONAPO.
- TURNER, B.S. (1989). *El cuerpo y la Sociedad. Exploraciones en teoría social*. México: Fondo de Cultura Económica.
- ULLMANN, L.P., y L. Krasner (1975). *A psychological approach to abnormal behavior*. Oxford, England: Prentice-Hall.
- VAN DER NOORDT, M., H. IJzelenberg, M. Droomers y K.I. Proper (2014). *Health effects of employment: a systematic review of prospective studies*. 0: 1-7. doi: 10.1136/oemed2013-101891.
- VARGAS Terrez, B.E., V. Villamil Salcedo, C. Rodríguez Estrada, J. Pérez Romero y J. Cortés Sotres (2011). Validación de la escala Kessler-10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. *Salud Mental* 34: 323-331.

- VEDDER, R. y L. Gallaway (1992). Racial differences in unemployment in the United States, 1890-1990. *The Journal Economic History* 52 (3): 696-702.
- VEGA, W. y R. Rumbaut (1991). Ethnic minorities and mental health. *Annual Review of Sociology* 17: 351-383.
- VEGA, W., G. Warheit, J. Buhl-Auth y M. Meinhardt (1984). The prevalence of depressive symptoms among Mexicans Americans and Anglos. *American Journal of Epidemiology* 120 (4): 592-607.
- VEGA, W.A., B. Kolody y J.R. Valle (1987). Migration and mental health: An empirical test of depression risk factors among immigrant Mexican women. *International Migration Review* 21 (3): 512-530.
- VERDUZCO, G. (1997). *La migración mexicana a Estados Unidos: Estructuración de una selectividad histórica, Migración México-Estados Unidos: continuidad y cambio*. México: CONAPO (pp. 13-21). Recuperado de <<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/migra3/01.pdf>> [consultado el 15 de febrero de 2005].
- VERDUZCO, G. (1998). Los factores de la migración internacional, continuidad y cambio. *Demos. Carta demográfica sobre México* 11: 15-16, 56.
- VILLA, M y J. Martínez (2004). Migración internacional en América Latina y el Caribe: una revisión de patrones y tendencias. Documento de trabajo. Santiago de Chile: CELADE (p. 23). Recuperado de <http://www.senado.gob.mx/internacionales/assets/docs/relaciones_parlamentarias/america/foros/parla_centro/parlacen1_7.pdf> [consultado el 15 de febrero de 2005].
- VILLEGAS Besora, M. (1986). La psicología humanista: Historia, concepto y método. *Anuario de Psicología* 34. Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona. Recuperado de <<https://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/64549/88511>>.
- WAHLBECK, K, y D, Mcdaid (2012). *Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis* 11 (3): 139-145.

- WAKEFIELD, J.C. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *Am Psychol* 47: 373-388.
- WALTON, E., K. Berasi, D. Takeuchi y E.S. Uehara (2010). Cultural Diversity and Mental Health Treatment. En T.L. Scheid y T.N. Brown (eds.), *A handbook for the study of mental health: Social Contexts, Theories and Systems* (pp. 439-460). Cambridge: Cambridge University Press.
- WANG, J.L., E. Smailes, J. Sareen, G.H. Fick, N. Schmitz y S.B. Patten (2010). The Prevalence of Mental Disorders in the Working Population Over the Period of Global Economic Crisis. *Canadian Journal of Psychiatry* 55 (9):598-605.
- WILLIAMS, D.R., M. Costa y J.P. Leavell (2010). Race and mental health: Patterns and challenges. En T.L. Scheid y T.N. Brown (eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 268-290). New York, US: Cambridge University Press.
- WILLIAMS, DR., R. Haile, H.M. González, H. Neighbors, R. Baser, y J.S. Jackson (2007). The Mental Health of Black Caribbean Immigrants: Results from the National Survey of American Life. *American Journal of Public Health* 97 (1): 52-59.
- WILSON, W. (1991). The Truly Disadvantaged Revisited: A Response to Hochschild and Boxill. *Ethics* 101 (3): 593-609.
- WILSON, W. (1998). When work disappears: new implications for race and urban poverty in the global economy. *CASE paper, CASE/17*, Centre for Analysis of Social Exclusion London School of Economics. Recuperado de <<http://sticerd.lse.ac.uk/dps/case/cp/paper17.pdf>> [consultado el 12 de marzo de 2009].
- WINEGARDEN C.R. y L.B. Khor (1991). Undocumented Immigration and Unemployment of U.S. Youth and Minority Workers: Econometric Evidence. *The Review of Economics and Statistics* 73 (1): 105-112.
- WOODWARD, A.M., A.D. Dwine y B.S. Arons (1992). Barriers to Mental Health Care for Hispanic Americans: A Literature Re-

view and Discussion. *The Journal of Mental Health Administration* 19 (3): 224-236.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2014). Social Determinants of Mental Health. Recuperado de <http://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_paper_social_determinants_of_mental_health/en/> [consultado el 13 de junio de 2017].

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2017). Depression and Other Common Mental Disorders, Global Health Estimates. Recuperado de <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHOMSD?sequence=1>> [consultado el 13 de junio de 2017].

ZAMBRANA, R.E., S.C.M. Scrimshaw, N. Collins y C. Dunkel-Schetter (1997). Prenatal Health Behaviors and Psychosocial Risk Factors in Pregnant Women of Mexican Origin: The Role of acculturation. *American Journal of Public Health* 87 (6): 1022-1026.

ZARZA, M.J. y M.I. Sobrino Prado (2007). Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: Una revisión bibliográfica. *Anales de Psicología* 23 (1): 72-84.

ZAYAS, L.H., M. Rojas y M. Robert G. (1998). Alcohol and Drug Use, and Depression among Hispanic Men in Early Adulthood. *American Journal of Community Psychology* 26 (3): 425-439.

ZENTENO, R. (2012). Saldo migratorio nulo: el retorno y la política anti-inmigrante. *Coyuntura Demográfica* 2: 17-21.

ZHOU, M. (1997). Segmented Assimilation: Issues, Controversies, and Recent Research. *International Migration Review* 31 (4): 795-1008.

Anexos



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES
— U N A M —



ENCUESTA "DESEMPLEO Y SALUD MENTAL EN INMIGRANTES LATINOAMERICANOS EN ESTADOS UNIDOS"

Financiada por el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, el Programa de Apoyos a la Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT-IN301714- UNAM y el Programa de Investigación en Migración y Salud-PIMSA, Berkeley-California

Cuestionario A

DESEMPLEADOS

Fecha de la entrevista

Día

Mes

Año

Nombre del entrevistador _____

Nombre del supervisor _____

Lugar donde se realizó la entrevista _____

Cuestionario No. _____

Nota: Algunas de las preguntas que se incluyen en este cuestionario fueron tomadas de la ENOE-INEGI, de la Encuesta Mundial de Valores, de la Escala de Kessler-10 y de los instrumentos del PHQ-9 y GAD.

SECCIÓN A

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Por favor responda las siguientes preguntas.

A.1. Sexo:

- () 01. Hombre
- () 02. Mujer

A.2. Año de nacimiento_____

A.3. ¿Usted es ciudadano de los Estados Unidos?

- () 01. Sí
- () 02. No
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

A.4. La última vez que vino a vivir a Estados Unidos, ¿en qué año llegó? _____

A.5. Por favor, seleccione una opción, actualmente usted:

- () 01. Vive en unión libre
- () 02. Está casado/a
- () 03. Es viudo/a
- () 04. Es divorciado/a
- () 05. Está separado/a
- () 06. Es soltero/a, nunca ha vivido en unión libre ni se ha casado
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

**A.6. ¿Cuántas personas habitan su vivienda, incluyéndose usted?
(Sean parientes o no)**

- () 01. Número de personas _____
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

A.7. ¿Con cuántas personas de su vivienda comparte el mismo gasto para comer?

01. Número de personas _____
98. No sabe
99. No responde

A.8. ¿Quién es la persona que regularmente toma las decisiones sobre las finanzas del hogar?

01. Usted
02. Sus padres
03. Su esposo/a
04. Otro, especifique _____
98. No sabe
99. No responde

A.9. ¿Quién es la persona que regularmente toma las decisiones sobre los asuntos relacionados con los hijos?

01. Usted
02. Sus padres
03. Su esposo/a
04. Otro, especifique _____
98. No sabe

A.10. ¿Cuánto suma, aproximadamente, el ingreso semanal en dólares (Sin descontar impuestos) de todas las personas con las que usted vive y comparten el mismo gasto para comer?

01. Menos de 300 dólares
02. Entre 301-400
03. Entre 401-500
04. Entre 501-600
05. Entre 601-700

- () 06. Entre 701-800
- () 07. Más de 800 dólares
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

A.11. ¿Cuánto suma, aproximadamente, su ingreso semanal en dólares?
(Contemple que su ingreso puede provenir de fuentes distintas a un salario o sueldo, por ejemplo rentas, intereses, etc.)

- () 01. Cantidad en dólares _____
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

A.12. ¿Cuántos hijos vivos tiene?

- () 01. Número de hijos _____
- () 02. No tiene hijos
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

Pase a la
pregunta A.14

A.13. ¿Cuántos hijos menores de 18 años tiene que viven actualmente con usted?

- () 01. Número de hijos _____
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

A.14. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?

(Estén en este o en otro país)

- () 01. Número de personas _____
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

A.15 ¿Cuál es su nivel de estudios?

	Nivel (español)	Nivel (inglés)
01	Primaria	Primary school

02	Secundaria	Secudary school	
03	Preparatoria	High schoole	
04	Formación técnica	College	
05	Licenciatura	Bachelor degree	
06	Maestría o doctorado	Master degree or phd	
07	No estudio	} <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="text-align: center;">Pase a la pregunta A.18</td></tr></table>	Pase a la pregunta A.18
Pase a la pregunta A.18			
98	No sabe		
99	No responde		

A.16. ¿Cuántos años de escuela usted completó?

Si graduado(a) de escuela superior, codifique: 13. "Doce" años.

Si graduado(a) de universidad: codifique 17. "Dieciséis" años.

- () 01. Ninguno
- () 02. Uno
- () 03. Dos
- () 04. Tres
- () 05. Cuatro
- () 06. Cinco
- () 07. Seis
- () 08. Siete
- () 09. Ocho
- () 10. Nueve
- () 11. Diez
- () 12. Once
- () 13. Doce
- () 14. Trece
- () 15. Catorce

- () 16. Quince
- () 17. Dieciséis
- () 18. Diecisiete
- No sabe.....98
- No responde.....99

A.17. ¿En qué país realizó su último grado de estudios?

- () 01. País _____
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

A.18. Habla inglés:

- () 01. Muy bien
- () 02. Bien
- () 03. Regular
- () 04. Mal
- () 05. No habla inglés
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

SECCIÓN B

CONDICIÓN DE OCUPACIÓN

Por favor, responda la siguiente pregunta en relación con su situación laboral.

B.1. ¿Cuál es su actividad principal, en este momento?

- () 01. Es estudiante
- () 02. Se dedica a los quehaceres del hogar
- () 03. Se dedica a trabajar
- () 04. Es jubilado/a o pensionado/a de su trabajo

- () 05. Otro, especifique _____
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

SECCIÓN C

DESEMPLEADOS

Ahora, por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con su situación de desempleo.

C.1. ¿Cuál es la razón principal por la que no trabajó la semana pasada?
(Seleccione solo una opción)

- () 01. Hubo una huelga o paro laboral
- () 02. Porque se terminó el material de trabajo
- () 03. Lo suspendieron temporalmente de sus funciones
- () 04. Asistió algún curso de capacitación
- () 05. Tomó vacaciones
- () 06. Tuvo un permiso por enfermedad
- () 07. Tuvo que atender asuntos personales y familiares
- () 08. No tenía vehículo para transportarse
- () 09. Porque se descompuso su herramienta de trabajo
- () 10. Por el mal tiempo o por un fenómeno natural
- () 11. Terminó su temporada de trabajo o de cultivo
- () 12. No reúne los requisitos para ocupar un puesto de trabajo
- () 13. Comenzará un trabajo o un negocio nuevo
- () 14. Estaba desanimado y sin deseos de trabajar
- () 15. Tiene una limitación física o mental que le impide trabajar
- () 16. Se dedica a los quehaceres del hogar
- () 17. Es miembro de las fuerzas armadas
- () 18. Otro, especifique _____

Termine el
cuestionario

- 98. No sabe
- 99. No responde

C.2. La última vez que estuvo desempleado/a, ¿cuánto tiempo duró el desempleo?

- 01. Menos de 1 semana
- 02. _____ semanas
- 03. _____ meses
- 04. _____ años
- 98. No sabe
- 99. No responde

C.3. Entre abril de 2014 y abril de 2015 ¿cuántas veces estuvo desempleado/a y con necesidad de trabajar?

- 01. Cantidad de veces _____
- 98. No sabe
- 99. No responde

**C.4. Durante la semana pasada, ¿qué hizo para encontrar trabajo?
(Puede indicar varias opciones)**

- 01. Acudió al lugar de trabajo
- 02. Hizo trámites en una agencia o bolsa de empleo
- 03. Realizó trámites en algún programa de empleo temporal del gobierno
- 04. Realizó trámites para empezar un negocio por su cuenta
- 05. Puso o contestó un anuncio en Internet
- 06. Puso o contestó un anuncio en radio o televisión
- 07. Pidió a conocidos o familiares que lo recomendaran o avisaran de algún trabajo
- 08. Consultó el anuncio clasificado
- 09. Realizó otra actividad, especifique _____

- () 98. No sabe
- () 99. No responde

C.5. ¿Durante cuánto tiempo ha buscado trabajo o empezó con los preparativos para crear un negocio?

- () 01. _____ días
- () 02. _____ semanas
- () 03. _____ meses
- () 04. _____ años
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

C.6. Si le hubieran ofrecido un trabajo la semana pasada, ¿usted hubiera estado dispuesto para empezar a trabajar?

- () 01. Sí
- () 02. No
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

C.7. ¿Usted cuenta con un seguro de desempleo?

- () 01. Sí
- () 02. No
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

}

Pase a la pregunta C.9

C.8. ¿Cuál es la duración de ese seguro?

- () 01. _____ días
- () 02. _____ semanas
- () 03. _____ meses
- () 04. _____ años

- () 98. No sabe
- () 99. No responde

C.9. En este momento a usted:

- () 01. Le urge encontrar un empleo para atender asuntos económicos
- () 02. Le gustaría tener un empleo, pero no le urge
- () 03. Le urge encontrar empleo por otra causa, especifique _____
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

SECCIÓN D

CONDICIONES DE TRABAJO

Ahora le realizaré algunas preguntas sobre su último empleo principal. El empleo principal es donde usted laboraba el mayor número de horas por semana, antes de estar desempleado.

D.1. ¿Cuál era el nombre de su oficio, puesto o cargo en su último trabajo principal? (De preferencia dar el nombre en inglés)

- () 01. _____

- () 98. No sabe
- () 99. No responde

D.2. ¿A qué se dedica la empresa o negocio donde usted tuvo su último empleo principal? (De preferencia dar el nombre en inglés)

- () 01. _____

- () 98. No sabe
- () 99. No responde

D.3. ¿Cuántas personas, incluyendo al dueño, laboraban en su anterior empleo principal, aproximadamente?

- () 01. Entre 1–5 personas
- () 02. Entre 6–10 personas
- () 03. Más de 10 personas
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

D.4. ¿En su último empleo principal tuvo una contratación formal donde usted firmó un documento?

() 01. Si

() 02. No

() 98. No sabe

() 99. No responde

Pase a la
pregunta
D.6

D.5. ¿Cuál fue la duración de ese contrato?

() 01. _____ semanas

() 02. _____ meses

() 03. _____ años

() 04. No tenía tiempo definido

() 98. No sabe

() 99. No responde

D.6. ¿Cuántos dólares ganaba por una hora de trabajo en su último empleo principal? (Sin descontar impuestos)

() 01. Cantidad en dólares _____

() 97. No aplica

() 98. No sabe

() 99. No responde

D.7. En su último empleo principal: (Escoja todas las opciones que requiera) El entrevistador debe dar ejemplos.

- () 01. Le pagaban aguinaldo/bonos
- () 02. Le pagaban vacaciones
- () 03. Participaba en el reparto de ganancias de la empresa o negocio
- () 04. Contaba con crédito para vivienda
- () 05. Contaba con servicios de guardería
- () 06. Contaba con tiempo para cuidados maternos y/o paternos
- () 07. Tenía seguro médico pagado por el empleador
- () 08. Tenía seguro de vida
- () 09. Tenía préstamos personales o de caja de ahorro
- () 10. Tenía ahorro voluntario
- () 11. Le pagaban el hospedaje
- () 12. Le pagaban el transporte
- () 13. Otro, especifique _____
- () 14. Ninguno de los anteriores
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

D.8. En su último empleo principal, ¿su jornada de trabajo era durante?

- () 01. El día
- () 02. La noche
- () 03. A veces durante el día
- () 04. A veces durante la noche
- () 05. Durante el día y la noche siempre
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

D.9. Su último empleo principal era:

01. Entre semana
02. Fines de semana
03. Ambos (entre semana y fines de semana)
98. No sabe
99. No responde

D.10. ¿Cuántas horas al día trabajaba en su último empleo principal?

01. Cantidad de horas_____
98. No sabe
99. No responde

D.11. ¿Cuántos días a la semana trabajaba en su último empleo principal?

01. Cantidad de días_____
98. No sabe
99. No responde

SECCIÓN E**TENSIONES FINANCIERAS**

Por favor responda las siguientes preguntas.

E.1. Indique con qué frecuencia ha tenido preocupaciones por falta de dinero en los últimos 30 días: (Marque solo una opción)

01. Nunca
02. Pocas veces
03. A veces
04. Muchas veces
05. Siempre
98. No sabe
99. No responde

E.2. Lo que usted ganaba en su empleo principal, ¿le alcanzaba para vivir?

- () 01. Le alcanzaba completamente
- () 02. Le alcanzaba, pero no completamente
- () 03. No le alcanzaba lo suficiente
- () 04. No le alcanzaba
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

E.3. Por favor, indique cuan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes afirmaciones:

Afirmación	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Aun sin empleo es mejor vivir en Estados Unidos que en mi país de origen.				
En Estados Unidos la vida es difícil, pero con mucho trabajo y esfuerzo se puede obtener un buen nivel de vida.				
En Estados Unidos tengo un buen trabajo, pero me siento pobre.				
Si tuviera un buen trabajo en mi país regresaría.				

SECCIÓN F

SATISFACCIÓN CON EL OFICIO U OCUPACIÓN

Ahora, por favor conteste las siguientes preguntas.

F.1. Si usted tuviera un seguro de desempleo que le permitiera cubrir todos sus gastos, ¿seguiría buscando trabajo?

- () 01. Sí
- () 02. No
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

F.2. ¿Usted está satisfecho/a con la forma como ha ocupado su tiempo durante el periodo que ha estado desempleado/a?

- () 01. Completamente satisfecho/a
- () 02. Satisfecho/a
- () 03. Medianamente satisfecho/a
- () 04. Totalmente insatisfecho/a
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

F.3. ¿Se sentía satisfecho/a con lo que hacía en su anterior empleo?

- () 01. Completamente satisfecho/a
- () 02. Satisfecho/a
- () 03. Medianamente satisfecho/a
- () 04. Totalmente insatisfecho/a
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

F.4. ¿Le gustaría volver al mismo empleo que tenía antes?

- () 01. Sí me gustaría
- () 02. No me gustaría, quisiera tener un empleo diferente
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

F.5. Ahora le voy a leer algunas afirmaciones sobre experiencias en su último empleo principal. Por favor, indique cuan de acuerdo o en desacuerdo está:

Afirmación	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Casi siempre continuaba trabajando en una tarea hasta quedar satisfecho/a con el resultado.				
Se sintió decepcionado/a cuando no consiguió sus metas personales.				
Le gustaba tanto su trabajo que solía quedarse hasta tarde para terminarlo.				

SECCIÓN G

VALORES Y TRABAJO

G.1. Por favor, en una escala de 1 a 5 asigne el valor de 1 al aspecto que considere más importante y el valor de 5 al que considere menos importante:

Aspecto	Número
La familia y los amigos	
El tiempo libre	
La política	
El trabajo	
La religión	

G.2. ¿Cuáles de los siguientes valores se deberían inculcar a los niños? Por favor, en una escala de 1 a 5, asigne el valor de 1 al aspecto que considere más importantes y el valor de 5 al que considere menos importante:

Valor	Número
Buenos modales	
Independencia	
Amor por el trabajo	
Sentido de responsabilidad	
Fe religiosa	

G.3. Por favor, indique cuan de acuerdo o en desacuerdo está con la siguiente afirmación:

Afirmación	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
El trabajo es lo que hace que valga la pena vivir				

G.4. Por favor, indique el grado de importancia que tiene para usted cada uno de los siguientes aspectos relacionados con el trabajo:

Aspecto	Muy importante	Importante	No muy importante	Nada importante
Un trabajo estable y con un buen sueldo o salario				
Un trabajo con un buen horario				
Un trabajo que le permita desarrollar la creatividad				
Un trabajo con vacaciones y días festivos abundantes				
Trabajar con gente que sea de su agrado				

SECCIÓN H

SÍNTOMAS: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD-Escala de Kessler-10

Por favor, de una respuesta a cada opción del siguiente cuadro.

H.1. En los últimos 30 días ¿con qué frecuencia se sintió?

	Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Siempre
1. Cansado/a sin una buena razón					
2. Nervioso/a					
3. Tan nervioso/a que nada podía calmarlo/a					
4. Inquieto/a e intranquilo/a					
5. Tan impaciente que no ha podido mantenerse quieto/a					
6. Que todo era un gran esfuerzo					
7. Tan triste que nada le alegraba					
8. Sin mérito alguno					
9. Desesperado/a					
10. Deprimido/a					

Las siguientes preguntas son sobre cómo estos sentimientos le han afectado en los últimos 30 días.	
H.2 ¿Cuántos días de los últimos 30, fue totalmente incapaz de trabajar o llevar a cabo su rutina diaria, a causa de sus sentimientos?	_____ Número de días Si la respuesta es 30, pase a la pregunta I1. No sabe 98 No responde 99
H.3. Sin contar el día/los días que me mencionó, ¿cuántos días de los últimos 30 tuvo que hacer la mitad de las cosas que hace	_____ Número de días No sabe 98 No responde 99

normalmente, debido a sus sentimientos?	
H.4. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha visto a su doctor o profesional de la salud debido a sus sentimientos?	<p style="text-align: center;">Número de días</p> No sabe 98 No responde 99
H.5. En los últimos 30 días, con qué frecuencia sus problemas físicos han sido la causa principal de estos sentimientos – todo el tiempo, la mayoría del tiempo, algo del tiempo, un poco o nunca?	Todo..... 1 Mayoría 2 Algo 3 Un poco..... 4 Nunca 5 No sabe.....98 No responde99

SECCIÓN I

CONSUMO DE ALCOHOL

Me gustaría hacerle unas preguntas sobre su consumo de alcohol. Perdone si algunas de estas preguntas son repetitivas pero nos ayudaría muchísimo si las contesta lo más honestamente posible para poderlo/a ayudar. Algunas personas beben alcohol, usan drogas o medicinas/medicamentos no recetadas por el médico para hacer frente a sus síntomas de depresión, ansiedad o traumas. Por favor, responda a las siguientes preguntas lo mejor que pueda en función de su experiencia.

- I.1.** ¿Aproximadamente cuántas veces ha tomado alcohol en el último año, incluyendo cerveza, vino, licores, destilados o cualquier otra bebida que contenga alcohol? _____ SI "0", pasar a la sección "J".

Usted me ha dicho que consumió alcohol en el último año. Me gustaría hacerle algunas preguntas más acerca de este consumo. En el último año:

- I.2.** ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
- No bebió durante los últimos 12 meses 0
- Menos de una vez al mes 1
- Una vez al mes 2

	Una vez por semana	3
	Diariamente o casi todos los días	4
I.3. ¿Cuántas copas/vasos de bebidas alcohólicas suele tomar en un día de consumo normal?	1 ó 2	0
	3 ó 4	1
	5 ó 6	2
	7 a 9	3
	10 o más	4
I.4. ¿Con qué frecuencia ha tomado 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	0
	Menos de una vez al mes	1
	Una vez al mes	2
	Una vez por semana	3
	Diariamente o casi todos los días	4

SECCIÓN J

REDES SOCIALES Y CONCENTRACIÓN ÉTNICA

J.1. ¿Usted pertenece a alguna organización o grupo de voluntarios, como iglesias, clubes de migrantes, etc?

() 01. Sí, especifique cual _____

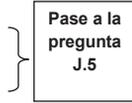
() 02. No

() 98. No sabe

() 99. No responde

J.2. ¿Ha recibido algún tipo de apoyo de una organización o grupo de voluntarios?

- () 01. Sí
 () 02. No
 () 98. No sabe
 () 99. No responde



J.3. ¿Qué tipo de apoyo? (Puede indicar varias opciones)

- () 01. Económico
 () 02. Alojamiento
 () 03. Alimentos
 () 04. Medicamentos
 () 05. Ropa
 () 06. Materiales de construcción para la casa
 () 07. Muebles
 () 08. Artículos electrodomésticos
 () 09. Compañía
 () 10. Cuidado de niños
 () 11. Llamadas telefónicas
 () 12. Ayuda con las tareas de la casa
 () 13. Otro tipo de ayuda, especifique _____
 () 98. No sabe
 () 99. No responde

J.4. ¿Regularmente usted o algún miembro de su hogar brinda apoyo, económico o de otro tipo, a familiares y/o amigos?

- () 01. Sí
 () 02. No
 () 98. No sabe

() 99. No responde

J.5. ¿Cuántos paisanos viven en su barrio, aproximadamente?

() 01. Entre 1 y 5 familias

() 02. Entre 6 y 10 familias

() 03. Más de 10 familias

() 04. No hay paisanos en su barrio



Pase a la pregunta

() 98. No sabe

() 99. No responde

J.6. ¿Usted mantiene relaciones estrechas con los paisanos que viven en su barrio?

() 01. Sí

() 02. No



Pase a la pregunta J.8

() 98. No sabe

() 99. No responde

J.7. ¿Qué actividades comparten? (Puede seleccionar varias opciones)

() 01. Realización de fiestas patronales

() 02. Actividades de la iglesia

() 03. Fiestas de cumpleaños, bautizos, matrimonios, etc.

() 04. Apoyo en tragedias

() 05. Otro especifique _____

() 98. No sabe

() 99. No responde

J.8. ¿Cuántos negocios de productos mexicanos hay en su barrio?

() 01. Entre 1 - 5 negocios

() 02. Entre 6 - 10 negocios

() 03. Más de 10 negocios

() 02. No hay negocios



Pase a la pregunta J.10

() 98. No sabe

() 99. No responde

J.9. ¿Qué tipo de negocios son?

() 01. Restaurantes

() 02. Cafeterías

() 03. Tiendas y/o mercados mexicanos

() 04. Otro, especifique _____

() 98. No sabe

() 99. No responde

J.10. Por favor, indique cuan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes afirmaciones:

Afirmación	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Es importante mantener relaciones con los mexicanos, porque así no pierdo mis tradiciones.				
Es importante mantener vínculos con mexicanos ya que entre nosotros nos entendemos mejor.				
El contacto con mexicanos me permite no echar tanto de menos a mi país				
El contacto con mexicanos me limita la posibilidad de integrarme a otros grupos de personas de otras nacionalidades.				

SECCIÓN K**PERCEPCIONES SOBRE DISTINTOS ASPECTOS**

K.1. Por favor, indique cuan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes afirmaciones:

Afirmación	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Los hombres tienen mayor obligación de responder económicamente por la familia				
Las jornadas de trabajo pesadas las aguantan más los hombres que las mujeres.				
Quejarse con los demás de lo malo que a uno le pasa, no ayuda a resolver los problemas.				
Las personas que desean triunfar en la vida no deben mostrar debilidad.				
Si una persona actúa correctamente, no tiene por qué sentir miedo o nervios.				
Aunque en Estados Unidos, económicamente no me va como esperaba, en mi país de origen estaba peor.				
Las personas fuertes no se deprimen.				
Ante situaciones adversas, siempre hay que mostrar buena cara.				
Sentimientos como el miedo, la tristeza y la impotencia son propios de personas débiles.				
Un ser humano que llega a sentirse sin mérito alguno o que no vale nada, se está desvalorando a sí mismo.				
Los problemas y preocupaciones son un asunto íntimo, solamente deben conocerlos la familia.				
Me cuesta reconocer cuando estoy triste				
En mi familia nunca se acostumbró a conversar sobre los problemas y preocupaciones íntimas.				

SECCIÓN L

ORIENTACIÓN SOBRE SERVICIOS DE SALUD

L.1. ¿Le gustaría recibir información a través de la Ventanilla de Salud del Consulado de su país de origen (escribir nombre del país) _____ acerca de los servicios de atención psicológica que existen en su localidad?

- () 01. Sí
- () 02. No
- () 98. No sabe
- () 99. No responde

Fin del cuestionario

¡Muchas gracias por su colaboración!



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES

— U N A M —



ENCUESTA

“DESEMPLEO Y SALUD MENTAL EN INMIGRANTES LATINOAMERICANOS EN ESTADOS UNIDOS”

Financiada por el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, el Programa de Apoyos a la Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT-IN301714- UNAM y el Programa de Investigación en Migración y Salud-PIMSA, Berkeley-California

Preguntas filtro**1. Usted nació en:**

a. México () }

Pase a la pregunta 2

b. No () →

Terminar y agradecer**2. ¿Cuántos años tiene? _____**

() a. Entre 18 y 65 años →

Pase a la pregunta 3

() b. Menos de 18 años }

() c. Más de 65 años }

Terminar y agradecer**3. Durante la semana pasada, es decir, del día _____ al día de hoy _____, ¿usted trabajó por lo menos una hora por un pago o ayudó en el negocio de alguien durante 15 horas o más sin un pago?**

() a. Sí →

Pase a la pregunta 4

() b. No →

Pase a la pregunta 5**4. ¿Cuántas horas laboró la semana pasada? _____**

() a. Entre 1 y 34 horas →

Aplicar cuestionario de B-Subempleados**Terminar y agradecer**

() b. Más de 34 horas →

5. Usted NO trabajó la semana pasada porque:

() a. No tiene un empleo. →

Pase a la pregunta 6

() b. Tiene un empleo en el cual trabaja, regularmente, entre 1 y 34 horas, pero no trabajó. →

Aplicar cuestionario de B- Subempleados

() c. Tiene un empleo en el cual trabaja más de 34 horas, pero no trabajó. →

Terminar y agradecer

6. ¿Ha buscado trabajo?

() a. Sí →

Pase a la pregunta 7

() b. No →

Pase a la pregunta 8

7. ¿Está disponible para empezar a trabajar en el momento en que lo llamen o le ofrezcan un trabajo?

() a. Sí →

Aplicar cuestionario A-Desempleados

() b. No →

Terminar y agradecer

8. ¿Cuál es la razón por la que no ha tratado de encontrar un trabajo?

() a. Se cansó de buscar trabajo porque no encontraba

() b. Piensa que actualmente no hay trabajo suficiente

}

Aplicar cuestionario A-Desempleados

- () c. Piensa que no le darían un trabajo
- () d. Espera la respuesta a una solicitud de empleo
- () e. No hay trabajo en su especialidad, oficio o profesión
- () f. No tiene la escolaridad o experiencia que le han solicitado
- () g. Está tomando una capacitación específica para ingresar pronto a un empleo
- () h. Piensa regresar a su país
- () i. Piensa poner un negocio propio
- () j. Es ama de casa
- () k. Es estudiante
- () l. Es jubilado/a o pensionado/a de su trabajo
- () m. Otra razón, especificar _____



Terminar y agradecer



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES
— U N A M —



No. _____

Lugar _____

Fecha ____/____/____

CONSENTIMIENTO DEL INFORMADO

Mi nombre es _____, soy miembro del equipo de investigación del proyecto **“Desempleo y salud mental en inmigrantes mexicanos en Estados Unidos”**, financiado por el Programa de Apoyos a la Investigación e Innovación Tecnológica-PAPIIT de la Universidad Nacional Autónoma de México y el Programa de Investigación en Migración y Salud de la universidad Berkeley-California. Con el propósito de identificar los factores que inciden en la baja prevalencia de depresión y ansiedad entre los inmigrantes mexicanos desempleados en este país, estamos aplicando un taller con los mexicanos y a los colombianos en las ciudades de Chicago y Nueva York. También se realizarán grupos talleres con grupos de enfoque con los mexicanos que viven en Ciudad de México y se encuentran desempleados. El taller nos permitirá conocer las limitaciones y las potencialidades de la escala usada en nuestra investigación para medir la depresión y la ansiedad de las personas desempleadas.

Esperamos que los resultados de esta investigación contribuyan al mayor entendimiento de la problemática señalada y constituyan un insumo para el diseño de políticas públicas orientadas atender la salud mental de los inmigrantes mexicanos y colombianos en estas ciudades.

La información que usted nos proporcione es de carácter voluntario y confidencial y solo será utilizada con fines académicos. Su nombre no se dará a conocer a través de ningún medio. Dado que este estudio preguntará por aspectos de su vida cotidiana y, especialmente, de su salud mental, puede sentirse incómodo/a al contestar algunas preguntas. Si esto sucede, no está obligado/a a responderlas.

El taller tomará aproximadamente 2 horas y usted está en plena libertad de solicitar aclaraciones o dar por terminada su participación cuando lo considere necesario.

Si contamos con su apoyo para esta investigación le pedimos firme el Certificado de consentimiento. Para cualquier duda o queja con respecto a la investigación, por favor comuníquese con la persona responsable del proyecto:

Certificado de consentimiento

Yo, el abajo firmante, confirmo que:

1.	Me han leído el documento de información sobre el proyecto y estoy de acuerdo en participar en la investigación y en firmar este consentimiento.	<input type="checkbox"/>
2.	Entiendo que puedo retirar mi participación en cualquier momento sin dar explicaciones y sin ser penalizado/a.	<input type="checkbox"/>
3.	Entiendo que los responsables del proyecto tendrán acceso a la información en conformidad con los términos de confidencialidad que han sido explicados.	<input type="checkbox"/>
4.	Me han aclarado el uso de los datos y entiendo que mi nombre real no será usado en investigaciones, conferencias y publicaciones en los que se divulgaran los hallazgos del estudio.	<input type="checkbox"/>

Este consentimiento se diseñó siguiendo los lineamientos propuesto por la Organización Mundial de la Salud -OMS.

Nombre y firma del o de la entrevistado/a

Nombre y firma del o de la investigador/

Trabajo y salud mental de latinoamericanos en Estados Unidos.

Más que una paradoja,

editado por el Instituto de Investigaciones Sociales
de la Universidad Nacional Autónoma de México,
se terminó de imprimir en febrero de 2019, en los talleres de
Editores e Impresores FOC, S.A. de C.V.,
Los Reyes núm. 26, Col. Jardines de Churubusco, 09410,
Alcaldía Iztapalapa, Ciudad de México.

La composición tipográfica se hizo en fuente
Adobe Garamond (7.5, 9, 10, 11 y 12 pts.).

La edición en offset consta de 500 ejemplares
en papel cultural de 90 gramos.