



Relación entre violencia y depresión en mujeres migrantes a través de las experiencias en los servicios de atención

The relationship between violence and depression in migrant women through their experiences in care services

Nadia Irina Santillanes Allande¹

¹Doctora en Antropología Médica. Postdoctorante, Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México. ✉ 

RESUMEN A partir del trabajo etnográfico con mujeres inmigrantes indocumentadas que desarrollaron episodios depresivos a causa de diversas formas de violencia, se recupera su experiencia sobre la atención que recibieron en el espacio clínico del país de acogida. A través de itinerarios terapéuticos de atención, el trabajo se centra en los estudios de caso de dos mujeres de origen mexicano en la ciudad de New York, para describir, con base en su experiencia, la comunicación y el encuentro entre médico y paciente; las expectativas de las migrantes en relación con los servicios de atención en salud mental; y los modelos explicativos sobre la depresión por parte de los pacientes y los médicos tratantes. Con lo anterior, buscamos contribuir al conocimiento sobre las formas de atención de los problemas de salud mental de mujeres indocumentadas en contextos de violencia.

PALABRAS CLAVES Salud Mental; Salud de la Mujer; Migrantes; Depresión; Servicios Médicos de Urgencia; Estados Unidos de América.

ABSTRACT Based on ethnographic work with undocumented immigrant women who developed depressive episodes due to various forms of violence, this article recovers the women's experience of care in the clinic space of their host country. Through therapeutic itineraries of care, the article focuses on the case studies of two women of Mexican origin in New York City to describe, based on their experience, the communication and the encounter between the doctor and patient; the expectations of migrant women regarding mental health care services; and the explanatory models of depression of both the patients and the treating physicians. This analysis seeks to contribute to the knowledge regarding ways of treating the mental health problems of undocumented women in contexts of violence.

KEY WORDS Mental Health; Women's Health; Migrants; Depression; Emergency Medical Services; United States of America.

INTRODUCCIÓN

El acceso a la atención médica es un derecho humano básico que debe ser provisto de manera indistinta y reconocer a todas las personas por igual. Sin embargo, esto no sucede cuando se establece una distinción en la provisión de servicios entre ciudadanos, residentes e inmigrantes en una gran parte de los países receptores⁽¹⁾. Aun cuando se han firmado convenios y pactos internacionales para que se reconozca el derecho de todas las personas al disfrute de la salud física y mental, las instituciones en salud brindan en la práctica un acceso diferencial. Tal es el caso de EEUU que, si bien ha firmado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares⁽²⁾, continúa brindando asistencia limitada para los inmigrantes con un estatus migratorio irregular.

Para aquellos inmigrantes que no han podido regularizar su situación migratoria en los países de acogida, esa poca claridad para el disfrute de los servicios de salud incluye la atención en salud mental. A esto se suma su posición de desventaja económica y la vulnerabilidad derivada de las condiciones en las que se produce su desplazamiento a otro país, sobre todo cuando la salida no es por motivos económicos, sino por violencias, hambrunas o emergencias ambientales, que vulneran aún más a las nuevas oleadas migratorias⁽³⁾.

Además, como lo han mostrado estudios sobre el impacto de la migración en la salud mental, si el motivo de movimiento de un país a otro es forzado, se presentan eventos negativos durante el tránsito o no hay un proceso de ajuste favorable por cuestiones de discriminación o exclusión en el país de destino. Es decir, que el proceso es aún más estresante⁽⁴⁾. A esta situación debemos añadir el endurecimiento de los controles fronterizos que han generado redes de tráfico de personas que ponen en mayor riesgo y encrudecen la experiencia de los inmigrantes durante el

tránsito⁽⁵⁾. Los países de acogida están generando una serie de políticas migratorias que contribuyen a la restricción de ciertos derechos fundamentales, como es la petición de asilo en EEUU⁽⁶⁾.

Con el fin de contribuir en la compleja relación que existe entre la salud mental y la migración, este trabajo propone incluir el análisis de los cuidados y de la atención mental en el espacio clínico del país de acogida. Para ello, es necesario describir los caminos de búsqueda de atención y la experiencia en los pocos espacios a los que logran acceder los inmigrantes para recibir atención en salud mental. Si bien la bibliografía en salud pública ha descrito las barreras personales, geográficas, económicas y del propio sistema de salud para la búsqueda de atención de salud mental de los inmigrantes, considero también importante hablar desde la experiencia de los inmigrantes respecto de: 1) el encuentro en la clínica entre el médico y el paciente; 2) sus expectativas sobre los servicios de atención en salud mental; 3) los modelos sobre el proceso de salud/enfermedad/atención de la depresión por parte de los pacientes y los médicos tratantes.

Una buena referencia, por su masividad, es el caso de la migración mexicana hacia EEUU, con casi 12 millones de inmigrantes de origen mexicano⁽⁷⁾, y cuya vecindad entre los dos países sigue haciendo de esta frontera una de las más transitadas por personas con y sin documentos⁽⁸⁾.

A su vez, y para hablar de la experiencia de atención en salud mental, se tomará parte de la información generada del estudio etnográfico con seis mujeres migrantes que radican en EEUU y que desarrollaron problemas de depresión en ese país. La información y los datos para esta contribución son resultado del trabajo etnográfico de investigación con migrantes indocumentados de origen mexicano en la ciudad de New York, realizado en dos estadías prolongadas dentro de un período total de diez años.

El objetivo general de este trabajo es conocer las condiciones del proceso de salud/enfermedad/atención de la depresión en un grupo de mujeres que tuvieron que migrar

de México a EEUU sin documentos; mujeres que incluso han vivido y trabajado por más de veinte años en ese país y aún continúan en una situación migratoria irregular, lo que las coloca en una serie de situaciones de vulnerabilidad. A medida que profundizábamos en sus historias identificamos diversas formas de violencia que habían vivido a lo largo de su vida. Esta violencia psicológica y física es, en la mayoría de las ocasiones, propiciada por miembros del mismo grupo familiar, empleadores o por la pareja.

Por esta razón, en este artículo desarrollo un aspecto central relacionado con la búsqueda de recursos en salud mental que auxilien a las mujeres migrantes en momentos de mayor severidad y sufrimiento. De esta forma, se explora el encuentro con médicos alópatas y organizaciones comunitarias como parte de estos caminos que siguen durante esas búsquedas, documentando o dando seguimiento en este proceso a las experiencias de atención y a la interpretación del padecimiento por parte del paciente y los médicos. Asimismo, se presentarán los estudios de caso de dos mujeres migrantes que dan cuenta de su experiencia durante la atención biomédica después de sufrir crisis muy agudas derivadas de eventos violentos en sus hogares.

Parece de suma importancia discutir estos datos a la luz de las dificultades que tienen tantos migrantes en el mundo, no solo para acceder a los servicios en salud mental, sino derivadas de la comunicación entre médico-paciente en un contexto donde son comunes las historias de difíciles condiciones de vida y de violencia. Así, el objetivo de este trabajo es contribuir y repensar, desde la subjetividad y los modelos explicativos de los pacientes en contextos migratorios, las formas de atención en salud desde la biomedicina con la finalidad de mejorar la experiencia en la atención de la salud mental de los inmigrantes y contribuir así en el desarrollo de mejores prácticas y el conocimiento culturalmente sensible.

METODOLOGÍA

Para cumplir con el propósito de este trabajo que es conocer las experiencias de atención, comprensión e interpretación desde el punto de vista de los migrantes que padecen y deben lidiar con problemas de depresión, han sido de gran utilidad la metodología, las técnicas y las herramientas de la antropología. Por ejemplo, se hizo una aproximación al significado e interpretación del padecimiento mental desde un enfoque *emic*, es decir, a partir de la perspectiva del sujeto. Para lo anterior, se recuperaron los modelos explicativos a través de la historia y de su experiencia con la depresión y los malestares⁽⁹⁾, la causalidad o las atribuciones que daban a sus episodios depresivos, los síntomas o los indicadores que les hacían pensar que padecían depresión, la búsqueda de atención e interpretación del diagnóstico médico, además de la búsqueda de otros tratamientos y terapéuticas para mejorar su situación⁽¹⁰⁾.

Se abordó la depresión como un proceso de salud/enfermedad/atención que, si bien incluye una dimensión biológica, para nuestro análisis fueron centrales las dimensiones sociales, económicas, culturales y de poder observadas desde las experiencias y los significados de los sujetos sociales⁽¹¹⁾. Desde este marco, el objetivo era comprender qué es lo que origina el sufrimiento y la aflicción desde la experiencia de los actores sociales y su intersección con las condiciones de vida o los contextos en que surgen estos padecimientos.

Se parte del marco teórico de la antropología interpretativa, pues desde esta perspectiva es fundamental la forma en que el actor percibe, vive y piensa el proceso de salud/enfermedad/atención. Para ello, el concepto de *illness* fue muy útil, porque provee la descripción del padecimiento por parte del sujeto. Lo anterior no solo expresa su subjetividad, sino también las representaciones y las prácticas socioculturales ante el padecimiento⁽¹¹⁾.

El dato etnográfico fue construido a partir de entrevistas y observaciones en los espacios donde las mujeres desarrollaban su vida cotidiana. Dado que la información preliminar

señalaba que parte de las angustias y sufrimientos de las mujeres se originaban en el espacio doméstico o por las disputas entre los propios miembros de su comunidad de origen, se hizo observación en la clínica y en sus hogares. Esto nos brindó la posibilidad de una comprensión diferente de la representación médica sobre la salud mental, ya que las narrativas llevaban la experiencia de la depresión más allá del espacio y discurso clínico⁽¹²⁾.

Los criterios de inclusión para seleccionar a las mujeres que formaron parte de la muestra que busca representar a mujeres de primera generación que, por dificultades económicas, debieron migrar a la ciudad de New York, y que permanecen ahí bajo una condición jurídica irregular, fueron:

1. Que residieran en EEUU sin documentos, por el interés de conocer lo que significa la falta de acceso a los seguros en salud, y tomar registro de la escasez de servicios disponibles en salud mental de esa población.
2. Que fueran oriundos de la región Mixteca Poblana (Estado de Puebla, México), dado que en allí existe un circuito migratorio amplio que atiende la demanda de mano de obra en la ciudad de New York en el área de servicios⁽¹³⁾. Por otra parte, este sector de la población representa la migración rural-urbana que surge a partir de varias reformas en el sector agropecuario a principios de la década de 1990, lo cual generó una migración masiva hacia EEUU.
3. Que tuvieran un diagnóstico de depresión por una instancia biomédica, por el interés específico en conocer la experiencia de los migrantes en los servicios de atención alópata en EEUU.

Bajo esta estrategia entrevisté a quince mujeres, número que se redujo a seis participantes, las cuales fueron seleccionadas no solamente por cumplir con los criterios de selección, sino también porque el objetivo de la investigación requería generar *rapport* o una confianza suficiente para la convivencia y para tratar temas relacionados con la

violencia y depresión. Por otra parte, es sabido que las personas en entrevistas suelen omitir información, incluso a veces tienen representaciones sobre algunos aspectos de la realidad que no corresponden con sus prácticas cotidianas. Es por ello que, para omitir esos sesgos, el antropólogo busca realizar diariamente una observación sistemática y relacional con otros actores que conforman el grupo social⁽¹¹⁾.

Se desarrollaron dos instrumentos para la obtención la información. El primero fue una trayectoria migratoria en la que las entrevistadas describieron su vida desde el origen hasta el destino. Con el fin de conocer su experiencia de vida y en qué condiciones materiales las personas deben migrar y vivir en EEUU. En esa trayectoria, además, exploramos su vida antes de llegar a EEUU, sus relaciones familiares, su situación económica, las condiciones en que se realizó el tránsito y su arribo a la ciudad de New York, para finalizar con aspectos relacionados con su trabajo, vida, salud y sociabilidad.

El siguiente instrumento, y el que generó gran parte de la información que discutiremos a continuación, fue el itinerario terapéutico del proceso de salud/enfermedad/atención. Este, llamado también *conducta de búsqueda de salud*⁽¹⁰⁾, permite al investigador designar un complejo patrón de tratamiento que puede ser estructurado en una serie de fases, desde la identificación de algún proceso patológico (definido en términos biológicos, psicológico o incluso culturales), hasta la selección del tratamiento y su aplicación a partir de los recursos disponibles⁽¹⁴⁾.

Lo anterior permitió no solo explorar la experiencia respecto de los diversos recursos de atención, sino también la interpretación previa y posterior de lo que es la depresión. Las experiencias de las participantes con los servicios de atención en salud alópata se complementaron con entrevistas a varios médicos que trabajaban directamente en servicios de atención en la salud mental de la población indocumentada. La información provista por el personal de salud muestra de forma clara los procedimientos que debe seguir un inmigrante para acceder a la consulta

con un especialista, sobre todo, porque la información que daban las mujeres, tendían a destacar más sus impresiones acerca de la consulta sin dar detalles de los procedimientos burocráticos que debían seguir.

Las normativas y legislaciones del país donde se desarrolló el trabajo de campo no exigieron que el proyecto de investigación fuese evaluado por un comité de ética. Sin embargo, y dado que los resultados de la investigación son parte de una tesis doctoral presentada en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS-CDMX), seguimos los lineamientos y recomendaciones del código de ética por parte de la institución. Una de ellas fue la obtención del consentimiento informado de cada uno de los participantes. Para lo que se brindó información sobre la investigación en forma comprensible a cada uno de los participantes, dando todos los elementos para que tuviesen oportunidad de negarse a participar o manifestar voluntad de colaborar sin haber sido sometidos a coerción, intimidación, influencias o incentivos indebidos. Además, se protegen los datos e identidad de los participantes a través de seudónimos, por tratarse de población que se encuentra con un estatus jurídico irregular en EEUU.

RESULTADOS

La condición migratoria determina la elegibilidad y calidad de los servicios de salud. Para acceder a la atención médica, hospitalaria, asistencia domiciliaria y medicamentos, es necesario contar con un seguro privado otorgado a través del empleo. Así, el derecho a poseer un seguro médico privado es únicamente para aquellos que están insertos de manera formal en el mercado laboral, para lo cual es necesario contar con un permiso de trabajo, ser ciudadano o residente permanente en EEUU. Quienes no cuentan con un estatus legal, solo tienen tres opciones para lograr la atención en salud: 1) la sala de emergencia, 2) la atención básica a través de centros comunitarios de salud financiados

principalmente por fundaciones, y 3) algunos servicios de los programas de seguridad pública, como es Medicaid.

La mayor parte de la población indocumentada no cuenta con ninguno de estos seguros públicos, ya que para recibir los beneficios se requiere la ciudadanía o la residencia estadounidense⁽⁷⁾. Por otra parte, es sabido que sin seguro de salud la mayoría de los individuos no tienen la capacidad de pagar con sus bolsillos los altos costos que tienen los servicios de salud privados⁽¹⁵⁾. Visitar una clínica o una sala de emergencias oscila entre 15 y 100 dólares. Lo anterior da como resultado un enorme grado de exclusión de la población inmigrante mexicana del sistema de salud estadounidense, la cual constituye el 3,8% de la población total residente en el país, y representa alrededor del 13% del total de la población sin seguro médico. En consecuencia, para el año 2012, cerca del 53% de los nacidos en México residentes en EEUU carecía de todo tipo de cobertura médica asegurada⁽⁷⁾.

Con relación al acceso a la atención en salud mental, la situación y los datos que se presentan son muy similares. Incluso hay información sobre el poco uso de estos servicios por parte de la población latina, lo que ha generado un debate sobre si los sistemas de creencias sobrenaturales, articulado con curanderos tradicionales, ha funcionado como alternativa⁽¹⁶⁾. Esta controversia sobre si esta situación se debía al uso de otros recursos, a una menor prevalencia de trastornos psiquiátricos, o simplemente a las barreras organizativas a los servicios, aún continúa⁽¹⁷⁾.

En los casos que presentaré a continuación, se puede observar que los sistemas de creencias no son factores que impidan la búsqueda de servicios para la atención en salud mental. Lo que sí se destaca es que la accesibilidad a un terapeuta no es sencilla para la población con poco capital económico. La consulta con un terapeuta o un psiquiatra privados oscila entre los 100 y los 300 dólares, lo cual es casi imposible cubrir sin algún tipo de seguro médico. Así que, para la población con un estatus migratorio irregular, la sala de emergencias sigue siendo la única opción para la atención de su salud mental.

Aunque la primera consulta en la sala de emergencias es gratuita, es difícil que se dé continuidad a un tratamiento, ya que el médico requiere que el paciente tenga seguro de salud para poder establecer un plan de atención. La atención en la sala de emergencias también juega un papel importante en derivar la población que sufre alguna forma de violencia doméstica hacia el *Violence Intervention Program* (VIP) de la ciudad de New York. En las entrevistas con prestadores de los servicios de salud fue señalado que es en la sala de emergencia donde se detectan más problemas de violencia familiar. Es así que los médicos generales, además de brindar un primer diagnóstico, también están entrenados para detectar problemas de violencia y redireccionar a las víctimas a los trabajadores sociales que, a su vez, darán acompañamiento a los pacientes ante las agencias especializadas que brindan protección en diversos temas de violencia.

La sala de emergencias es una parte importante de un engranaje de atención, canalización y denuncia para la violencia doméstica, ya que otra de sus funciones es reportar al Estado los problemas de violencia que suceden en los hogares, en especial, si esta violencia es hacia un menor o presenciada por un menor. De mostrarse algún caso de violencia o irregularidad en el cuidado de los hijos, se debe reportar a la agencia *Administration for Children's Services* (ACS) de la ciudad de New York, para llevar el caso ante la corte.

Por otro lado, aunado a las dificultades para acceder a los servicios públicos de salud, la bibliografía en salud pública ha identificado una serie de barreras personales, geográficas, económicas, y del propio sistema, para la búsqueda de atención en salud mental. Martínez Pincay y Guarnaccia⁽¹⁸⁾ identificaron y organizaron las barreras para la población de latinos que viven en EEUU. Lo hicieron en tres dimensiones: 1) las barreras en el sistema de servicios; 2) las barreras a nivel comunitario y en las redes sociales; y 3) las barreras centradas en la persona o en el individuo.

Todos estos factores se entrelazan y se presentan en circunstancias particulares en la vida de los inmigrantes latinos^(19,20). Ejemplos de estas barreras se pueden observar en los itinerarios de las mujeres entrevistadas. Si bien las más obvias y documentadas de estas barreras están relacionadas con la propia condición jurídica, a continuación, describiremos otras que tienen que ver con la mala experiencia vivida en la sala de emergencias. Como se documentó en la mayoría de las entrevistas, la sala de emergencias sigue siendo el espacio de atención para los problemas de depresión de la población con este perfil.

En los siguientes dos casos de estudio que confirmaron la investigación podemos conocer su experiencia de atención en la sala de emergencias. Como señalamos en la metodología, se desarrollaron seis estudios de caso en profundidad, sin embargo, para los objetivos de este trabajo, hemos elegido los casos de Frida y Regina, en los que podemos conocer con claridad cómo fue la atención que recibieron en la sala de emergencias en sus momentos de crisis. Asimismo, y más importante aún, conoceremos las opciones que buscaron para salir de sus problemas de salud mental ante la falta de eficacia de la atención médica, sobre todo, en el caso de Regina.

Estudios de caso: Frida y Regina

Frida y Regina son parte de las mujeres que conformaron el flujo migratorio de Puebla a New York iniciado hace más de tres décadas. A principios de la década de 1980, con la apertura de una serie de empleos en el sector servicios, como es el trabajo doméstico y manufactura en la ciudad de New York, varias mujeres se incorporaron a ese mercado laboral⁽¹³⁾. Muchas de ellas eran invitadas o "enganchadas" por familiares que previamente laboraban ahí, por lo que fueron enviadas por sus padres para contribuir a la economía de sus hogares. Por otro lado, estas mujeres, al entrar a EEUU de forma posterior a la última amnistía, no lograron regularizar su situación migratoria y hasta la fecha residen en ese país sin documentos.

Frida

Primero presentamos el caso de Frida quien señaló haber pasado por tres episodios de depresión a lo largo de su vida. Esos tres episodios tienen una estrecha relación con los problemas presentados con las tres parejas sentimentales con las que había intentado conformar una familia en EEUU. A continuación, haremos una síntesis del segundo episodio –uno de los más agudos–, relacionado con diversas formas de violencia que vivió con su última pareja.

La relación, que duró ocho años y de la que nació su segundo hijo, durante los últimos tres años estuvo llena de problemas a causa de las infidelidades y de las limitaciones que le imponía su pareja para realizar actividades fuera del hogar. Por esta razón, aunque existieron intentos de cambiar la dinámica a través del apoyo de grupos como es el de Neuróticos Anónimos, las disputas se volvieron cada vez más frecuentes y violentas.

Según lo señalado por Frida, los episodios de violencia física incluían humillaciones por parte de su pareja, quien justificaba sus agresiones atribuyéndolas a sus problemas de neurosis y a la violencia que había sufrido durante la infancia. Debido a esta violencia, Frida comenzó a deprimirse y a sufrir ataques de ansiedad. Aquí mostramos, en sus propias palabras, uno de los momentos más agudos que incluyó el sufrimiento físico:

Después de un problema fuerte con Martín me empezó a dar taquicardia y también empezó a hormiguearme mucho la boca, y pos más que nada yo creo que más [era] la taquicardia, [...] de hecho terminé en [la sala de] emergencias. Me dolía el pecho, empecé a [sentir] que el brazo izquierdo se me dormía, el dedo de en medio, estas venas [del brazo] se me inflamaban y me dolía, me dolía. (Frida, New York, agosto de 2012)

Con esos síntomas decidió ir a sala de emergencias. Los médicos, al no detectarle ningún problema de salud, le dijeron que necesitaba

calmarse porque se le veía muy alterada. Además, le pidieron que hablara con una trabajadora social e hiciera un reporte, porque parecía que se encontraba bajo una situación de violencia física por parte de su pareja.

Frida no hizo el reporte con la trabajadora social por miedo a la deportación de su pareja o que el Estado asumiera la custodia de sus hijos. Sin embargo, los problemas con su pareja continuaron y se presentó un siguiente episodio donde volvió a experimentar una serie de dolores en los brazos y el corazón. De nuevo regresó al área de emergencias en el *Metropolitan Hospital Center*. Cuando el personal médico le preguntó cómo se sentía, ella comenzó a llorar. En esta ocasión los médicos le preguntaron si quería ser internada en el área de psiquiatría hasta que se calmara, a lo que ella accedió:

El médico asumió que yo estaba pasando por algo muy grave y no sé cómo fue que decidió que tenía que ir para el área de psiquiatría sin ni siquiera evaluarme, porque no había un trabajador social, o si había un trabajador social, pero no son psicólogos y no tienen como una sensibilidad como para manejar los problemas de cada persona o cada necesidad. El personal de salud es como si fuera de piedra, la forma en que te tratan, parece como que están ahí porque necesitan un sueldo, pero no porque tengan amor por esa profesión, sino que nada más es por trabajo y porque tienen un sueldo y es que por lo pronto pudieron lograr conseguir ¿no? Llegamos al área de psiquiatría [...]. Mayormente lo que vi es que había gente que estaba drogada o estaba borracha y que no se acordaba donde vivía. (Frida, New York, agosto de 2012)

Decidió quedarse porque en ese momento quería estar alejada de su pareja y firmó un consentimiento. Dado que no había un área exclusiva para mujeres en las áreas comunes, empezó a temer por su seguridad:

Lo más pesado fue irme a dormir en la noche. Pensé que me iban a mandar a un

cuarto normal. Las camas eran como de piedra, un colchón apenas así delgadito, sin cobijas, una sábana que te mantiene con frío toda la noche, así que aparte de la depresión que traes o de la ansiedad, es el miedo de que alguna de esta gente te vaya a ahorcar, porque de paso para entrar al baño no se podía poner seguro. Cuando acepté quedarme ahí era para escapar un poquito de mis problemas, pero entré a otro temor: el de estar ahí adentro. Y, a la vez, el miedo de que “no me van a recetar bien”, y “me van a dar medicamentos”, “no voy a salir viva de acá”. (Frida, New York, agosto de 2012)

Dentro del pabellón de psiquiatría, Frida quería encontrar apoyo psicológico o alguien que escuchara los problemas que estaba viviendo con su pareja. Sin embargo, así es como describe su experiencia durante la evaluación psicológica:

Era como que lo que se los ocurría [las preguntas], pero a la vez para mí era importante contarles todo para que vieran que yo estaba bien cuerda, o sea que yo tenía un desbalance emocional, pero loca no estaba, entonces yo traté de ser lo más clara en inglés, de contarles dónde nací, de mis frustraciones, el que mi mamá en un momento me regaló de chiquita, mi tristeza que era vivir en EEUU y no tener documentos, la muerte de mi papá; les conté un poco de todo, todo lo que a mí me dolía, en mi inglés [básico]. Yo digo que no hablo inglés, pero a la hora de la hora que yo pude traducirles o decirles todo eso, pues yo creo que sí me defiende, y ya ellos decidieron que sí, que si yo quería irme con el padre de mi hijo pues podía irme y pues ya me dejaron salir con él. (Frida, New York, agosto de 2012)

Como esta vez no reportó un evento de violencia con su pareja, Frida considera que no le dieron la atención que ella necesitaba y llegó a la siguiente conclusión:

Más que nada cuando afirman o confirman los médicos que tu estás grave, es porque piensas que quieres saltar del tren [...] por suicidio. Entonces ahí es cuando está grave el asunto [y brindan atención médica], pero si tienes ganas de llorar, pos eso no es tan grave, ya el punto grave es que ya tu sientas que quieres matar a alguien o te quieres matar o quieres saltar del tren... (Frida, New York, agosto de 2012)

En este apartado, como en otras entrevistas, Frida afirmó que la atención en el espacio biomédico no llenó sus expectativas, ya que ella buscaba terapia psicológica y, en lugar de eso, solo encontró un espacio de contención ante sus crisis. En la sala de urgencias, o en el pabellón de psiquiatría, buscaba un espacio para ser escuchada y únicamente encontró interés de las trabajadoras sociales para detectar los problemas de violencia en el hogar.

Recuperando el punto de vista de Frida, ella atribuye a la violencia familiar vivida a lo largo de su vida y, sobre todo, a la violencia con sus parejas, gran parte de sus malestares y angustias⁽¹¹⁾. Por otro lado, está el significado de la depresión para ella: para Frida la depresión no es lo mismo que la tristeza. Para ella los tres episodios descritos se diferencian de la tristeza porque, por ejemplo, durante largos periodos no podía levantarse de la cama o realizar sus actividades cotidianas. Además, físicamente tuvo problemas como taquicardia y dolores de pecho, lo cual según ella son signos de depresión.

Regina

Otro caso en que la violencia también estuvo relacionada con episodios de depresión es el de Regina. También originaria de la región Mixteca Poblana, durante su infancia, por ser la hija mayor, era la responsable del cuidado de sus hermanos y debía salir a limpiar casas ajenas para ayudar a la economía familiar. Al cumplir los 15 años, sus padres la enviaron a trabajar a New York, con sus tíos, en una fábrica. La partida fue un acto de obediencia, y dice haberse sentido desvalorizada por haber

sido mandada de esa forma a otro país a tan temprana edad.

A los cinco años de vivir en New York conoció al padre de sus dos hijas. Al poco tiempo de irse a vivir con él comenzaron los problemas. Los más significativos tuvieron que ver con que él no le permitía trabajar fuera de casa, argumentando que descuidaría a sus hijas. Otro problema, y tal vez el más importante, era la forma de beber de su pareja y la violencia física y psicológica que se desataba a causa de esto. Las agresiones eran toleradas por Regina, porque es lo que veía en casa de sus padres y le parecía algo normal.

A continuación, describiremos uno de los episodios más agudos, cuando una noche su pareja le disparó en estado de ebriedad. En esa ocasión, él había estado bebiendo y en una disputa le disparó. La bala pasó muy cerca de la cabeza y le provocó una lesión en el oído. La policía llegó al lugar por denuncia de vecinos y encontraron el arma de fuego. Sin embargo, Regina decidió no presentar cargos porque su hija, que era menor de edad, presencié el conflicto y, como ya hemos señalado, si las autoridades llegan a enterarse de que un menor estuvo expuesto a un evento violento, el Estado lo toma bajo su tutela. Así que para que esto no ocurriera y cerrar la investigación, Regina declaró que el arma se disparó por accidente; la policía se llevó a Juan solo por el cargo de portar un arma sin permiso. Después de dicho incidente, Regina describe que comenzó a experimentar lo siguiente:

Se me empezó a paralizar la cara y se me empezaron a entumir la mano, la pierna. Ya no podía yo caminar, hasta que llegué a la sala de emergencias del hospital Metropolitan. Ya estaba mal, y la cara estaba paralizada. Cuando fui al hospital me dijeron que no podían creer cómo podía yo andar caminando, porque ya mi sistema nervioso estaba tan afectado que yo no podía controlar [el tratamiento], entonces tenía que ser a través de medicamentos. También me dijeron que tengo que ir con psiquiatra, no psicólogo sino psiquiatra, para ser

tratado el problema de estrés porque lo tengo demasiado avanzado. (Regina, New York, marzo de 2012)

Además de los problemas físicos, Regina relató que constantemente tenía una serie de pensamientos relacionados con la muerte y el suicidio:

Me rehusé a aceptar el medicamento porque, aunque siento ese estrés y esa depresión, es mucho más fácil matarse porque tal vez mi lugar no está aquí. Y cuando empiezas a pensar en esas cosas es que ya no estás bien. Yo he pensado todo eso, pero ¿y si me tomo un veneno y no me funciona, y nomás me daña el cerebro y va a ser peor? Entonces yo digo, si yo agarro una navaja, no voy a tener la paciencia de estar ahí. Y yo también he pensado, y si me aviento del tren, y si ¿nada más me agarra los pies? (Regina, New York, mayo de 2012)

Regina se negó a seguir el tratamiento que le recetó el psiquiatra porque recordaba el caso de una prima que había tomado medicamentos para la depresión y había empeorado su condición. Por miedo a terminar dependiendo de los fármacos, prefirió resolver los problemas que estaba experimentando por su propia cuenta, hasta que encontró otro espacio que ella describió de sanación.

Este era un grupo de danza prehispánica o de mexicanidad mexicana Tiahui que reivindican los conocimientos de la filosofía mexicana. Como parte de sus rituales, practican danzas e interpretan cantos que consisten en piezas a ritmo de algunos toques de *huéhuetl* utilizados en las danzas⁽²¹⁾. Según Regina, se involucró casi por completo en esta actividad, porque en ese espacio comenzó a encontrar un sentido a su vida. Sintió una serie de beneficios tales como la posibilidad de desenvolverse más en público, estudiar y leer otras cosas para conocer sus orígenes. Además, según ella misma dijo, el grupo la acogió como familia:

El grupo de danza fue mi salvación definitivamente, fue el único camino que encontré. Fue en lo único con lo que yo pude rebelarme en contra del papá de mis hijas, donde yo agarré fuerza, donde yo salí de la depresión. Mi separación con Juan también tuvo que ver con el grupo, gracias al grupo. Cuando yo entré al grupo como que me quitaron la venda de los ojos, ¿Por qué? No sé, porque ahí no te enseñan violencia, sino todo lo contrario, los primeros consejos que te dan en el grupo es que seas una buena esposa, que seas una buena madre, una buena hija porque tienes que dar un ejemplo, es lo que hacían nuestros abuelos antes, era gente humilde y gente de respeto. Entonces yo me pude rebelar de Juan, pero el 50% de toda esa energía negativa creo que lo saqué gracias a la danza, no sé, a lo mejor es gracias al ejercicio, a lo mejor son las esencias, a lo mejor son las fuerzas de nuestros abuelos o del trabajo que yo estoy haciendo de sahumación. (Regina, New York, junio de 2012)

Por otro lado, Regina pudo compartir con otras personas que formaban parte del grupo y que también habían pasado por dificultades durante sus vidas. Así, el grupo de danza se convirtió también en un espacio de socialización en el que ella puede participar y asumir ciertos liderazgos. Es importante señalar, además, que los rituales en los que participan los danzantes no se limitan a la performance como acto expresivo de la danza azteca, ya que participan en otros rituales, como velaciones y temazcales, que comparten algunas prácticas en relación con el cuerpo, como el contacto sensorial con el aroma de las plantas que se queman en el sahumador, el sonido de instrumentos musicales (tambor, silbato, conchas o mandolinas y caracol)⁽²²⁾. Todas estas prácticas, como refiere también Regina, eran parte también de sus prácticas de sanación.

Finalmente, cabe destacar lo interesante que ha sido observar en el itinerario de Regina, la forma en que se ha reposicionado en

el mundo a partir de que comenzó a participar en un grupo de danza prehispánica. Según ella, esto le ha permitido rebelarse contra los padres y con ello sentirse mejor consigo misma. El hecho de haber encontrado este grupo, ha sido significativamente positivo para lidiar con sus problemas de depresión, ya que le ha permitido, entre otras cosas, tener un propósito y un nuevo sentido de vida.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En los estudios de salud mental, la antropología médica ha señalado la importancia de recuperar los modelos explicativos sobre un episodio de enfermedad y su tratamiento desde la perspectiva de todos los involucrados⁽¹⁰⁾. Esto incluye la noción tanto del médico como del paciente con la finalidad de mejorar la comunicación y comprensión del encuentro entre ambas partes. Sin embargo, como podemos observar en los estudios de caso desarrollados, para el caso de la depresión, la noción biomédica y la experiencia de quienes la padecen son distintas. Si bien algunos síntomas afectivos de la definición biomédica de la depresión (según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*) fueron identificados por las mujeres migrantes, también existen otras interpretaciones que no la conciben como una enfermedad. Frida, por ejemplo, define la depresión como un desequilibrio emocional generado por las violencias en pareja. Para el caso de Regina, la apatía, el desgano y los nervios experimentados son parte de esa depresión que la ha acompañado junto a la violencia familiar a lo largo de su vida. Aunque la violencia está presente a lo largo de la vida de estas mujeres, hay momentos en que esta se recrudece. Es en esos episodios en que la alteración las lleva a experimentar problemas físicos, como la aceleración del pulso cardíaco, lo que las mueve a ir personalmente en búsqueda de ayuda al espacio clínico.

Por la sintomatología, y en esa búsqueda de ayuda fuera del espacio doméstico y comunitario, la sala de emergencias parece el mejor

lugar para acudir en esos momentos de crisis. Además, es el único espacio que no requiere de documentos o seguro de salud para la atención. Sin embargo, la sala de emergencias no es un espacio especializado en salud mental.

Como confirmaron las entrevistas con el personal en salud, los médicos en la sala de emergencias tienen una gran demanda para brindar atención a este tipo de casos. Además de hacer la revisión general de rutina, están capacitados para indagar sobre los motivos que generaron el estado de salud alterado del paciente. A su vez, como parte del eslabón institucional para la detección de violencia doméstica, cuentan con un entrenamiento previo para la detección de casos de violencia familiar y su canalización con organizaciones especializadas. Así, y a través de una atención aproximada que no dura más de 20 minutos, el médico debe emitir algún diagnóstico al paciente.

En el diagnóstico, la comunicación y la derivación presentan varios problemas y falta de comprensión de las dos partes, según las entrevistadas. Por ejemplo, en el diagnóstico y la prescripción del medicamento para la depresión existen grandes desacuerdos, ya que las entrevistadas comprenden que su estado mental ha sido generado por la violencia física y psicológica por parte de sus parejas, por la falta de apoyo familiar para enfrentar esas circunstancias y la falta de soporte comunitario que las lleva al aislamiento, considerando así que un medicamento o una etiqueta de diagnóstico no son la solución a sus padecimientos.

Lo que las pacientes esperan del espacio clínico es desahogarse de sus problemas, una escucha y comprensión sin sentirse juzgadas. También consideran que siempre está presente el peligro de ser reportadas a trabajadores sociales y que exista una intervención por parte de agentes del Estado. Por ejemplo, Regina explicó que las personas de México que viven en EEUU –y en especial si son indocumentadas– prefieren no decirle nada al psiquiatra o al psicólogo por miedo a que envíen una trabajadora social a sus casas y estas reporten a las agencias del Estado la violencia presenciada por menores. Esto conllevaría a

la separación familiar, entre otros problemas, como afirma a la propia paciente:

Si a uno le hacen una pregunta el psicólogo, uno a veces se suelta, así que esa vez intenté tener cuidado de no revelar más porque si ven algún tipo de violencia inmediatamente enviaban a la trabajadora social y termina haciéndote hablar, así como tú me estás haciendo hablar.

(Regina, New York, mayo de 2012)

Sobre su experiencia en la atención, las mujeres migrantes explicaron que esperaban que los proveedores fueran más accesibles y mostraran mayor sensibilidad para construir confianza. Sin embargo, según sus historias, la atención parece un sistema que funciona por cierta inercia para tratar a mujeres inmigrantes violentadas, con opciones un tanto radicales como es la denuncia a las parejas, lo cual representa para ellas graves consecuencias en términos familiares y comunitarios.

Es importante recordar aquí que la denuncia de violencia doméstica en EEUU tiene como consecuencia la deportación del perpetrador, y que en el caso de que los episodios hayan sido presenciados por menores, el Estado puede tomar la tutela de ellos, separándolos de sus familias. Por estas razones, muchas veces las mujeres prefieren ocultar las violencias por la interdependencia económica hacia sus parejas y porque si su pareja es deportada a EEUU, sus hijos se quedan sin padre. Además, según las entrevistas, hay una sanción social importante por parte de la comunidad si una mujer lleva su caso hasta esas consecuencias.

Por otro lado, las mujeres entrevistadas refirieron que no consideraron tomar el medicamento recetado por no considerarse “enfermas”. Varias de ellas continuaron buscando ayuda a través de la red social. Tal es el caso de Regina que, gracias a eso, encontró un grupo de danza terapéutico. Cuando indagamos sobre cuál era la parte curativa de pertenecer a ese grupo y su relación con la depresión, nos aproximamos un poco más a otras cuestiones importantes para estas mujeres y su padecimiento, como son el desahogo

y la escucha. Regina encontró en ese espacio un sentido de vida después de haber vivido siempre bajo la obediencia de sus padres o de su pareja. El encuentro con otras personas que han vivido historias semejantes a la suya, no le hace sentir aislada y la danza le sirve como desahogo terapéutico.

Para concluir, quiero señalar la urgencia de continuar reflexionando sobre la relación entre las diversas formas de violencia estructural y los padecimientos mentales, pues las clínicas continúan siendo un espacio de contención temporal, según las historias referidas en estas páginas. Los resultados de la investigación señalan, además, la importancia de dialogar con otros trabajos producidos desde la preocupación por la relación entre la biomedicina y la salud mental de las mujeres. Como advierten Carme Valls-Llobet *et al.*⁽²³⁾, la salud de las mujeres ha estado mediatizada por las influencias patriarcales en el desarrollo de las ciencias de la salud, lo que las ha convertido más en objeto de medicalización que en agentes de sus propios cambios. Estos estudios señalan además la importancia de partir de los criterios de salud mental desde sus mismas protagonistas, y no desde el punto de vista de los médicos como los especialistas en los problemas que aquejan la salud mental de las mujeres⁽¹¹⁾.

Para fines prácticos, la aplicación de esta línea de trabajo la podemos ver en la propuesta que hace Sara Velasco⁽²⁴⁾ a los servicios sanitarios de atención primaria para detectar la violencia contra las mujeres en España. En ese país, los servicios médicos también son el

primer espacio de detección, y se lo describe como un modelo de atención de tipo policial. Es por lo que se han desarrollado esfuerzos para integrar actividades de prevención de la violencia en la clínica, así como cambios en la formación y el desarrollo curricular de los profesionales de atención primaria. Añadiría a esta estrategia el seguimiento sensible y adecuado de las necesidades de las mujeres, asociándolo a factores vivenciales y subjetivos, mediados por las condiciones particulares de las vidas de las mujeres.

Cuando reflexionamos sobre la experiencia de las mujeres en búsqueda de atención de sus problemas en salud mental, vinculados a la violencia de pareja o familiar, entendemos también el porqué para el caso de México, el porcentaje de mujeres que buscan apoyo formal de instituciones para brindar servicios y apoyo para poner fin a la violencia es muy baja. Solo el 8,2% de las mujeres involucradas en dinámicas de violencia con su pareja ha recurrido a instituciones de mujeres que ofrecen asesoramiento, trabajo social servicios y/o apoyo legal⁽²⁵⁾.

Estos datos, aunados a lo que hemos visto a lo largo del trabajo, dan cuenta de una atención en la sala de emergencias en EEUU que cumple con la labor de la detección temprana, pero se perciben como un lugar hostil para dar seguimiento a los problemas de violencia ya sea por miedo a la denuncia de deportación o intervención de agencias del Estado, que son vistas como instancias punitivas, más que de acompañamiento.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer al Programa de Becas Posdoctorales en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), por el apoyo como becaria del Instituto de Investigaciones Sociales. También al apoyo económico para el desarrollo de la investigación como parte del proyecto de investigación para la Ciencia Básica 2009 del Fondo Sectorial de Investigación para la Educación del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (SEP-CO-NACYT) titulado: "Construcción y efectos del miedo en la migración indocumentada: un estudio comparativo sobre fronteras, vulnerabilidades y subjetividades" No. de referencia: CB-2009-01-127972. Finalmente, mi gratitud al financiamiento en 2012 por parte de Health Initiative

of the Americas, School of Public Health, Berkeley, California, como parte del Programa de Investigación de Migración y Salud (PIMSA). Más aún porque no existió ningún conflicto de intereses con los apoyos y fuentes de financiamiento por parte de dichas instituciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dwyer J. Illegal immigrants, health care, and social responsibility. *The Hastings Center Report*. 2004;34(1):34-41.
2. Organización Mundial de la Salud. Migración internacional, salud y derechos humanos [Internet]. 2003 [citado 10 dic 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y27xakz8>.

3. United Nations High Commissioner for Refugees. Global Trends: Refugees, Asylum-seekers, Returnees, Internally Displaced and Stateless Persons [Internet]. 2010 [citado 10 may 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/3jee5mjr>.
4. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;109(4):243-258. doi: 10.1046/j.0001-690x.2003.00246.x.
5. Álvarez S. Transitando en la clandestinidad: análisis de la migración indocumentada en tránsito por la frontera sur mexicana. *Andina Migrante*. 2009;(4):2-10.
6. Carrasco G. La política migratoria de Donald Trump. *Alegatos*. 2017;(95):171-194.
7. Secretaría de Gobernación, Consejo Nacional de Población. Migración y salud: Inmigrantes mexicanos en Estados Unidos [Internet]. 2013 [citado 10 dic 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/hy254a6p>.
8. Durand J, Douglas M. *Clandestinos: Migración México-Estados Unidos en los albores del siglo XXI*. México: Miguel Ángel Porrúa; 2003.
9. Burin M, Moncarz E, Velázquez S. *El malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós; 2000.
10. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press; 1980.
11. Menéndez EL. *La parte negada de la cultura: Relativismo, diferencias y racismo*. Buenos Aires: Prohistoria Ediciones; 2010.
12. Dossa P. *Politics and poetics of migration: Narratives of Iranian Women from the diaspora*. Toronto: Canadian Scholars; 2004.
13. Rivera-Batiz F. *The state of Newyorktitlán: a socio-economic profile of Mexican New Yorkers*. New York: Columbia University; 2003.
14. Osorio Carranza RM. *Entender y Atender la enfermedad: Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CIESAS, INI, INAH; 2001.
15. Quinhoes TAT, Fleury S. La reforma del sistema de salud de los Estados Unidos de América en los años 90. *Salud Colectiva*; 2006;(2):129-153. doi: 10.18294/sc.2005.41.
16. Jaco EG. *The social epidemiology of mental disorders: A psychiatric survey of Texas*. New York: Sage Found; 1960.
17. Vega W, Rumbaut R. Ethnic minorities and mental health. *Annual Review of Sociology*. 1991;17:351-383. doi: 10.1146/annurev.so.17.080191.002031.
18. Martínez Pincay IE, Guarnicca PJ. "It's like going through an earthquake": anthropological perspectives on depression among Latino immigrants. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2007; 9(1):17-28. doi: 10.1007/s10903-006-9011-0.
19. Cabassa L, Zayas L, Hansen M. Latino adults' access to mental health care: A review of epidemiological studies. *Administration and Policy in Mental Health*. 2006;33(3):316-330. doi: 10.1007/s10488-006-0040-8.
20. Rastogi M, Massey-Hastings N, Wieling E. Barriers to seeking mental health services in the Latino/a community: A qualitative analysis. *Journal of Systemic Therapies*. 2012;31(4):1-17. doi: 10.1521/jsyt.2012.31.4.1.
21. Olmos M. Las creencias indígenas y neo-indias en la frontera MEX/USA. *Trace*. 2008;54:45-60.
22. Olivas O. *Danzar la frontera: Procesos socioculturales en la tradición de danza azteca en las Californias*. México: Colegio de la Frontera Norte; 2018.
23. Valls-Llobet C. *Mujeres, salud y poder*. Valencia: Ediciones Cátedra; 2009.
24. Velasco S, López Doriga B, Tourné García M, Barceló Barceló I, Luna Rodríguez C. Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria. *Feminismos*. 2007;10:111-131.
25. Leone J, Lape M, Xu Y. Women's decisions to not seek formal help for partner violence: A comparison of intimate terrorism and situational couple violence. *Journal of Interpersonal Violence*. 2014;29(10):1850-1876. doi: 10.1177/0886260513511701.

FORMA DE CITAR

Santillanes Allande NI. Relación entre violencia y depresión en mujeres migrantes a través de las experiencias en los servicios de atención. *Salud Colectiva*. 2021;17:e3054. doi: 10.18294/sc.2021.3054.

Recibido: 31 jul 2020 | Versión final: 21 dic 2020 | Aprobado: 8 ene 2021 | Publicado en línea: 4 mar 2021



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.