

Salud mental y tecnologías móviles en comunidades indígenas transnacionales

Mental Health and Mobil ICT in Indigenous Transnational Communities

*Maximino MATUS RUIZ**

*Rodrigo RAMÍREZ AUTRAN***

*Estefanía CASTILLO BALDERA****

*Gloria CARIÑO HUERTA*****

RESUMEN

El artículo explora el potencial de las tecnologías móviles para la atención de la salud mental en comunidades indígenas transnacionales. El caso de estudio es San Miguel, Oaxaca, cuya población radica en diferentes localidades de México y Estados Unidos. El análisis se centra en dos dimensiones: por un lado, el estado de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas y, por otro, el acceso y uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC) por parte de esta población. Un tercer nivel de análisis entrecruza ambas dimensiones para indagar el potencial de las TIC para atender la salud mental entre comunidades migrantes con características similares al caso estudiado.

Palabras clave: 1. salud mental, 2. migración, 3. TIC, 4. Oaxaca, 5. California.

ABSTRACT

This article explores the potential uses of information communication technologies (ICTs) in the treatment of mental health issues in transnational communities. Drawing on research conducted among residents of San Miguel, Oaxaca, living in both Mexico and the United States, this study describes the community's mental health profile, including patterns of alcoholism and drug use, as well as access to and use of ICTs. These two themes are then analyzed together, to explore the potential of ICTs in the treatment of mental health in transnational communities.

Keywords: 1. mental health, 2. migration, 3. ICT, 4. Oaxaca, 5. California.

Fecha de recepción: 25 de julio de 2015.

Fecha de aceptación: 26 de abril de 2016.

* Cátedras Conacyt / El Colegio de la Frontera Norte, México, maximino.matus@gmail.com.

** Centro de Investigación e Innovación en Tecnologías de la Información y Comunicación, México, ramirez.autran.rodrigo@gmail.com.

*** El Colegio de la Frontera Norte, México, castillo_b30@yahoo.com.mx.

**** Centro de Investigación e Innovación en Tecnologías de la Información y Comunicación, México, gloria.carino@infotec.com.mx.

INTRODUCCIÓN

Los recientes avances en las tecnologías de información y comunicación (TIC) móviles y la democratización de su acceso, así como el uso de Internet, han abierto oportunidades para acercar servicios de salud a sectores de la población que, debido a diversas situaciones, se encuentran excluidos de éstos. A la práctica de prestar estos servicios a través de las TIC se le ha denominado telemedicina.

En México, el primer programa sectorial de telemedicina se lanzó en 2001 y se denominó *Programa de Acción e-Salud: Telemedicina* para el período 2001-2006, el cual pretendía “el diseño, instrumentación y operación de los sistemas Telemedicina/Telesalud y Portal e-Salud [...] con el propósito de arribar al año 2006 con plataformas sólidas en los dos sistemas” (SSA, 2002:31). Una de las estrategias del programa contemplaba implementar el uso del expediente clínico electrónico (ECE) en los servicios de salud del sector (SSA, 2002:47), para así compartir los datos médicos de la población entre todas las instituciones públicas de salud. No obstante, una década después, los mexicanos aún no cuentan con un ECE, pues el proyecto se ha retrasado debido a múltiples problemas, entre ellos: carencia de financiamiento, baja confiabilidad de los padrones de beneficiarios o falta de actualización y problemáticas relacionadas con el tratamiento de los datos.

Una de las dificultades provocadas por el hecho de que los datos clínicos personales se encuentran atados al espacio físico, es que esta lógica para la atención médica no responde a la dinámica de la vida cotidiana de las poblaciones migrantes que viven por temporadas en diferentes localidades, estados y naciones.¹ Para estas personas, el ECE sería de gran utilidad, ya que podrían recibir atención médica adecuada, independientemente del lugar donde se encuentren cuando la soliciten, debido a que sus datos médicos estarían siempre accesibles.

En lo que se refiere a la población migrante transnacional, el gobierno mexicano se ha limitado a impulsar programas enfocados en la promoción de la salud. Tal es el caso del programa Vete Sano, Regresa Sano, que opera desde inicios de la década de 2000. De acuerdo con un enunciado teórico en la promoción de la salud, considera “indispensable la apropiación de la información de tal manera que la autodeterminación tenga como efecto lógico la autoayuda individual, fa-

¹ En este punto resulta pertinente señalar que, debido a los marcos legales estatales de ambas naciones, no es posible prestar servicios médicos que vayan más allá de la promoción de la salud entre la comunidad mexicana en el exterior (Sepúlveda, 2006). Sin embargo, una alternativa sería proporcionar, de manera gratuita, información médica genérica y semipersonalizada directamente a los dispositivos móviles.

miliar y comunitaria y con ello impulsar una cultura de la salud” (SSA, 2007:11). Sin embargo, desde la perspectiva del presente estudio, una de sus limitantes es que no utiliza las TIC móviles para promover la difusión y apropiación de los contenidos médicos.

Con la popularización de las TIC móviles ha surgido una nueva etapa en la práctica de la telemedicina, donde los servicios ya no están anclados a espacios físicos: la salud móvil. Esta práctica médica ha sido definida como “el uso de dispositivos móviles e inalámbricos para mejorar los resultados de la salud, los servicios de cuidado de la salud y la investigación de la salud” (Bhise, 2014:1).

Para utilizar los dispositivos móviles con fines médicos es necesario desarrollar aplicaciones (*apps*) que gestionen la información que se envía entre profesionales de la salud y pacientes: “La mayoría de las aplicaciones de salud móvil usan texto o sistemas basados en SMS, capacidad de datos (GPRS, 3G o 4G), modos desestructurados de servicios de datos suplementarios (USSD, por sus siglas en inglés) o una combinación de estos” (Bhise, 2014:1). En los últimos años se han popularizado las aplicaciones que monitorean la salud, pero no las que mantienen a pacientes y profesionales de la salud en comunicación constante.

Farrington, Aristidou y Ruggeri (2014) señalan que el cuidado de la salud mental a través de las TIC es menos complicado que la atención de la salud física, esto debido a que las soluciones pueden entregarse con mayor facilidad a los pacientes a través de mensajes de texto, voz o multimedia. Estos autores consideran que la habilidad de comprometerse con el tratamiento de forma remota y anónima puede ayudar a superar las barreras socioculturales relacionadas con este tipo de enfermedades.

Otro de los promotores de la salud mental móvil es Korste (2010), quien en su portal proporciona argumentos en su favor. Una de las ventajas identificadas por Korste se relaciona con el incremento de la migración internacional y los refugiados, así como las diversas tensiones culturales y problemas sociales, tales como el racismo y la discriminación, a los que se enfrentan en su itinerancia. Por lo tanto, considera que, con las nuevas tecnologías, la gente puede cuidar su salud mental a dondequiera que vaya.

El argumento desarrollado en este artículo coincide con las perspectivas antes presentadas, en el sentido de que las TIC móviles pueden ayudar a promover la salud mental de comunidades indígenas transnacionales. Se considera que esto es factible porque, como se ha demostrado en otros estudios (Matus y Ramírez, 2012), el acceso de estas comunidades a celulares es relativamente alto. Además,

no se necesita de dispositivos periféricos: basta con que un paciente esté dispuesto a recibir mensajes genéricos o personalizados mediante SMS o aplicaciones web que lo orienten en relación con ciertos padecimientos mentales.

Uno de los beneficios del uso de TIC para la atención de la salud mental de los migrantes es reducir los riesgos asociados a la depresión o consumo y abuso de sustancias psicoactivas,² que pueden estar relacionados con las tensiones emocionales experimentadas por los migrantes en sus travesías y estancias en contextos social y culturalmente diversos. Dicho proceso se ha denominado síndrome del inmigrante con estrés crónico o síndrome de Ulises (Achotegui, 2008:1).

Con la finalidad de explorar el potencial de las TIC móviles para la atención de la salud mental entre los miembros de comunidades transnacionales, esta investigación retoma el caso de San Miguel, comunidad indígena enclavada en la Mixteca Baja oaxaqueña, pero cuya población radica en diferentes localidades de México y Estados Unidos, presentando una alta concentración en Vista, California. Los resultados expuestos fueron arrojados por tres encuestas, levantadas entre toda la población mayor de 15 y menor de 65 años en San Miguel, así como una muestra selecta en Vista por un equipo de investigación binacional en 2007, 2010 y 2014³ como parte del Programa de Investigación de Campo de la Migración Mexicana (MMFRP), auspiciado por el Centro de Estudios Comparativos de la Inmigración de la Universidad de California San Diego (CCIS-UCSD). Además, en dichas estancias se realizaron entrevistas semiestructuradas para profundizar en los temas investigados. Los datos aquí analizados corresponden primordialmente a las encuestas y entrevistas levantadas en 2014 relacionadas con la salud mental,

² En esta investigación se emplea el concepto de consumo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual refiere también al abuso de sustancias psicoactivas. Por consumo se entiende “cualquier forma de autoadministración de una sustancia psicoactiva y se usa en vez de abuso de sustancias, como expresión más amplia que abarca todos los grados de consumo, desde el ocasional hasta el prolongado” (OMS, 2004:7).

³ En 2007 se levantaron 821 cuestionarios estandarizados y 225 entrevistas semiestructuradas. En 2010, se aplicaron 874 cuestionarios, de los cuales 133 fueron levantados en Vista, California. Además, se realizaron diversas entrevistas en profundidad, que suman 73 horas de grabación. De la misma forma, en 2014 se aplicaron 467 cuestionarios y se efectuaron varias entrevistas en esta modalidad. Los temas abordados en las estancias fueron diversos: educación, política, economía, salud, etcétera. En las dos primeras visitas participaron primordialmente estudiantes e investigadores de la UCSD y la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca (UABJO). En la última se sumaron estudiantes e investigadores de la Universidad Estatal de California y el Infotec. Matus estuvo presente en todas las visitas a San Miguel; Castillo, en la segunda y tercera, mientras que Rodríguez y Cariño sólo participaron en la última.

consumo y abuso de sustancias psicoactivas y el uso de las TIC entre los miembros de la comunidad radicados en San Miguel.

Según el *Catálogo de localidades* de Sedesol (2013), San Miguel contaba con 1 621 habitantes (736 hombres y 885 mujeres), cuyo grado de marginación, hasta 2015, era alto. Cabe recordar que el proceso migratorio de ese municipio a Estados Unidos data de mediados del siglo XX y fue estimulado por el Programa Bracero. Aunado a esto, a partir de 2000, la población asentada en Vista se incrementó debido a que el reforzamiento de la frontera ya no le permitió ir a su tierra natal y regresar de ésta sin dificultades (Cornelius *et al.*, 2011:10), por lo que se estima que una tercera parte de la población de San Miguel radica en Estados Unidos.

La primera sección de este artículo presenta una revisión sobre investigaciones que se han enfocado en estudiar el acceso a servicios médicos, telemedicina y salud en comunidades indígenas migrantes. La siguiente sección está subdividida en tres apartados: el primero presenta el acceso a los servicios de salud en la comunidad de estudio y los restantes retoman datos cuantitativos y cualitativos relacionados con la salud mental, consumo y abuso de sustancias psicoactivas, así como el uso de TIC. En la última sección se reflexiona sobre la potencialidad de las soluciones móviles para atender este tipo de padecimientos entre las comunidades indígenas transnacionales.

ATENCIÓN MÉDICA, TELEMEDICINA Y SALUD MÓVIL EN COMUNIDADES TRANSNACIONALES

En México existen numerosas comunidades transnacionales, cuyos miembros reparten sus vidas entre dos o más estados nacionales: “los transmigrantes son inmigrantes que sus vidas diarias dependen de múltiples y constantes interconexiones a través de las fronteras internacionales, donde sus identidades públicas están configuradas en relación a más de un Estado-nación” (Glick, Bash y Szanton, 1995:48). Una de las múltiples dimensiones de los transmigrantes mexicanos que dependen de diversas conexiones que fluyen hacia ambos lados de la frontera entre México y Estados Unidos es la del cuidado de su salud, tanto física como mental. Por ejemplo, algunos estudios han identificado que, en ocasiones, mujeres pertenecientes a comunidades transnacionales viajan al país vecino para atender su parto, con la esperanza de que sus hijos adquieran la nacionalidad estadounidense (Besserer, 2004). De forma contraria, otras investigaciones señalan que para atender enfermedades físicas o mentales, algunos migrantes regresan a

México, debido a que están más familiarizados con su sistema de salud (Mines, Nichols y Runsten, 2010).

Diversas investigaciones (Holmes, 2006; Mines, Nichols y Runsten, 2010; Matus, 2012a, 2012b y 2012c) señalan que los migrantes indígenas, tanto en México como Estados Unidos, son uno de los sectores de la población más excluidos en cuanto a la atención médica para la promoción de la salud física y mental. Yellowlees *et al.* (2008) señalan que en estas áreas existen mayores barreras para la práctica de salud mental apropiada culturalmente, debido a los índices de pobreza, los grandes números de población étnica minoritaria, la lengua, el aislamiento geográfico y los factores culturales que caracterizan a las zonas rurales.

De acuerdo con este argumento, un amplio estudio etnográfico sobre el contexto social que impacta a la salud de los indígenas triquis que laboran en los campos agrícolas de México y Estados Unidos (Holmes, 2006) concluyó que el racismo estructural y las prácticas antiinmigrantes determinan sus pobres condiciones de salud. Holmes encontró que los fenómenos de somatización y abuso de sustancias eran comunes entre los migrantes triquis. A partir de la investigación etnográfica, el autor identificó que muchos de los estímulos que influían en el sufrimiento de los migrantes se relacionaban con factores sociales y culturales, tales como falta de respeto por parte de los supervisores y residentes y de oportunidades de trabajo, miedo a ser deportados y dolencia por el distanciamiento de la familia (Holmes, 2006); en suma, múltiples tipos de violencia asociados a sus diversos contextos sociales y culturales.

En otro estudio sobre migrantes indígenas en la agricultura estadounidense, realizado por Mines, Nichols y Runsten (2010), se encontró que su acceso a los servicios de salud era muy bajo en comparación con el resto de la población. Sin embargo, un número mayor de mujeres que de hombres (prácticamente el doble) accedían a este beneficio. Los investigadores identificaron que algunos de los factores que inhiben el uso de los servicios de salud son su alto costo, la carencia de seguro médico, las dificultades de transporte, largas esperas, su estatus de indocumentados, tratos rudos o humillantes, además de las barreras culturales y la poca familiaridad con la cultura médica de Estados Unidos. Aunado a lo anterior, algunos indígenas son reacios a aceptar la medicina moderna debido a su cosmovisión, por lo cual la situación se complica aún más (Mines, Nichols y Runsten, 2010:71-72).

En su estudio, los autores también encontraron elevadas tasas de depresión tanto en hombres como mujeres: en ellas puede estar relacionada con la soledad que sigue al parto, mientras que en los hombres tiene que ver con la soledad de-

bida a la separación familiar (Mines, Nichols y Runsten, 2010:71). En el caso específico de la población masculina, los investigadores señalan que un “síndrome poco saludable” puede desarrollarse entre los recién llegados, así como entre quienes viven solos en campamentos, departamentos sobrepoblados o garajes. Algunos de los detonantes son que “extrañan a sus familias, tienen dietas poco saludables, no tienen recreación ni hacen ejercicio y pueden caer en el uso de drogas y alcohol. Su salud mental y física sufre y pueden verse envueltos en una espiral fuera de control” (Mines, Nichols y Runsten, 2010:95). Una condición más que afecta su salud mental es el desorden de estrés postraumático (PTSD por sus siglas en inglés). En muchos casos, los migrantes tuvieron experiencias traumáticas mientras cruzaban la frontera, lo cual afecta su vida cotidiana. Sin embargo, en ocasiones no tienen con quién hablar sobre esta situación (Mines, Nichols y Runsten, 2010:96). Por todo lo anterior, los autores sugieren que la telemedicina podría ser una opción para cubrir la necesidad de formas innovadoras de cuidado médico que coincidan con esta población difícil de atender debido a sus condiciones sociales y culturales (Mines, Nichols y Runsten, 2010).

Una problemática similar a la descrita por los estudios de Holmes (2006) y Mines, Nichols y Runsten (2010) fue identificada por Matus (2012a, 2012b y 2012c) entre los migrantes mixtecos que trabajan como jornaleros en los campos de San Quintín, Baja California. En un grupo de enfoque sostenido con mujeres migrantes, éstas narraron que cuando ellas o sus paisanas asisten a consulta en las clínicas y hospitales de la región, por lo regular reciben malos tratos por parte del personal médico: les gritan, las insultan y, en general, se sienten discriminadas (Matus, 2012a:78). En el contexto de la misma investigación, se encontró que una forma de usar la tecnología para acceder a la atención médica tradicional entre los migrantes mayas radicados en California era mediante llamadas telefónicas con un curandero –*h'men*– en Yucatán, México (Matus, 2012c:278). El médico tradicional señaló que para curar a los migrantes hacía velaciones y rezos para pedir por su bienestar, además de recomendarles la ingesta de alguna hierba o alimento, que en ocasiones era enviado desde México (Matus, 2012c). Por su parte, en una comunidad oaxaqueña de origen zapoteco, Matus documentó cómo algunos de sus pobladores, debido a su condición de exclusión social, utilizaban las TIC para acceder a información médica y procurarse atención cuando era necesario (Matus, 2012b:235-236).

Las investigaciones antes presentadas (Holmes, 2006; Mines, Nichols y Runsten, 2010; Matus, 2012a, 2012b y 2012c) coinciden en que la población indígena

migrante es ampliamente discriminada tanto en su país como en Estados Unidos y, debido a su condición social y barreras culturales, en muchas ocasiones se encuentra excluida o se autoexcluye de los servicios de salud públicos. No obstante, estos estudios también identifican el potencial de las TIC para acercar dichos servicios a este sector de la población. Por lo anterior, se coincide con Farrington, Aristidou y Ruggeri (2014) cuando señalan que la proliferación de los teléfonos celulares entre las poblaciones menos favorecidas abre las condiciones adecuadas para acercarles servicios de salud mental, independientemente del lugar donde se encuentren. En consecuencia, es factible desarrollar estrategias para proveer este tipo de atención a través de TIC móviles que alcancen a los miembros de las comunidades migrantes.

SALUD MENTAL, CONSUMO Y ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y USO DE TIC EN SAN MIGUEL

Esta sección se divide en cuatro apartados: el primero presenta algunos datos sobre la atención médica y la salud de la comunidad radicada tanto en San Miguel como en Vista, California; los demás retoman los datos cuantitativos y cualitativos arrojados por las visitas de campo realizadas en 2007, 2010 y 2014 para el caso de la salud mental, consumo y abuso de sustancias psicoactivas y uso de TIC, con especial interés en los datos de la última estancia realizada en San Miguel.

Acceso a servicios médicos y cuidado de la salud en San Miguel

En cuanto al acceso a los servicios médicos y la salud, durante las diversas estancias de campo realizadas en las comunidades de San Miguel y Vista se identificó que, en términos generales, la comunidad radicada en Estados Unidos presenta una mejor salud física y mental en comparación con quienes no migran. Esto se relaciona al menos con dos fenómenos: en primer lugar, con el hecho de que las personas que migran suelen ser las que tienen mejor salud y, en segundo, con el llamado efecto salmón, ya que algunos de los migrantes que enferman en Estados Unidos regresan a tratarse en México (Oristian *et al.*, 2009), por lo cual no quedan registrados en las estadísticas del país de destino (Duncan *et al.*, 2009; Calvario *et al.*, 2013).

San Miguel cuenta con un centro de salud comunitario, donde se oferta servicio médico y psicológico a la población en general. Además, existen cuatro doctores privados que operan sus propias farmacias. También hay curanderos o médicos

alternativos que suelen mezclar sus tratamientos tradicionales con medicina farmacéutica (Duncan *et al.*, 2009:216). Otro punto de acceso a los servicios de salud se ubica en la ciudad vecina de Juxtlahuaca, en el hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cuyo servicio se encuentra limitado a los derechohabientes, aunque los médicos privados en la ciudad también son una opción viable.

En un estudio realizado por Duncan *et al.* (2011) se identificó que, en Estados Unidos, aquellos migrantes que se empleaban en el campo o tenían trabajos inestables eran mayormente excluidos de los servicios de salud convencionales debido a no contar con seguro médico. Por ello, sólo podían ser atendidos a través de las salas de emergencia. En California, los mixtecos de San Miguel suelen visitar una de las cinco sedes de la Clínica Comunitaria Vista, una institución no lucrativa que ofrece servicios a bajo costo. No obstante, aquellos que no están afiliados a algún programa de atención médica estadounidense –Medi-Cal o Healthy Families Program–, en ocasiones prefieren atenderse en clínicas privadas (Duncan *et al.*, 2009:220). Otra alternativa es regresar a México para recibir atención médica o inclusive asistir con los curanderos de la comunidad. También hay quienes desde California llaman con sus celulares al médico del pueblo para pedirle orientación y, una vez obtenido el diagnóstico, consiguen la medicina en Tijuana. Este último dato es relevante para la investigación, pues señala su apertura a recibir atención médica mediada por las TIC móviles.

La salud mental

En relación con la salud mental de la comunidad radicada en San Miguel y Estados Unidos, los hallazgos de las visitas de campo realizadas en 2007, 2010 y 2014 señalan la importancia de considerar la forma en que la experiencia migratoria impacta la salud y las prácticas de atención médica de esta población, tanto en el lugar de origen como en el de destino. Enseguida se expone este fenómeno para el caso de los residentes de San Miguel, después se presenta lo respectivo a quienes se encuentran en Estados Unidos y, por último, se discute el caso de los migrantes retornados.

Durante la entrevista sostenida con el psicólogo de la clínica comunitaria (Hernández, entrevista, 2014), éste comentó que la violencia psicológica, física y sexual es una problemática cotidiana a nivel familiar. Según dijo, en su práctica se han registrado niveles alarmantes de violencia intrafamiliar, particularmente con mujeres maltratadas por sus maridos. El número de pacientes que ha atendido desde su llegada en 2013 ha sido superior a 500 a nivel de municipio. El profesional de

la salud detalló que los problemas más comunes y de mayor impacto psicológico son conyugales, jóvenes con problemas de decisión, niños con déficit de atención e hiperactividad, así como un caso de esquizofrenia y alcoholismo.

Las personas que residen en la comunidad reportan, con mayor frecuencia, síntomas asociados a la depresión. En 2007, 12 por ciento de la muestra indicó recibir algún tratamiento para la depresión (Duncan *et al.*, 2011). De este universo, los no migrantes representaron la mayor proporción con 11.8 por ciento, mientras que los migrantes con esta sintomatología alcanzaron 7.4 por ciento. Las mujeres presentaron una mayor prevalencia de haber recibido tratamiento para la depresión en ese año, con 13.2 por ciento, frente a siete por ciento de hombres (Duncan *et al.*, 2011:240). En 2010, los residentes en la comunidad de origen registraron mayor incidencia de depresión, con 23 por ciento, lo que significa un aumento considerable respecto de los que reportaron el mismo padecimiento en 2007. Por su parte, los migrantes retornados ocuparon el segundo lugar con 21 por ciento, mientras que en tercer lugar se ubicaron aquellos que permanecieron en Estados Unidos, con nueve por ciento (Calvario, 2013:122).

En 2013, 12.3 por ciento de los residentes de San Miguel indicaron haber sido diagnosticados con depresión, nerviosismo o ansiedad. De ellos, 70 por ciento señalaron haber recibido algún tratamiento, pero sólo 20 por ciento acudió con un psicólogo, en tanto que la mayor parte de los diagnosticados con depresión mencionaron haber asistido con un médico. Por otra parte, también en 2014 se preguntó si habían experimentado algún episodio depresivo o de ansiedad en el último año. El resultado indica un aumento respecto de la población diagnosticada con síntomas depresivos en años anteriores, pues 17.5 por ciento señaló haber sufrido una experiencia de esta índole. Estos datos son consistentes con los resultados de 2007 y 2010, los cuales señalan una tendencia entre la población no migrante femenina a presentar síntomas asociados con la depresión.

Los resultados de los estudios que se han realizado en San Miguel en relación con la salud mental indican de manera consistente que los migrantes tienden a ser más saludables que los no migrantes –o al menos no expresan abiertamente su estado de salud mental y escasamente buscan atención médica profesional–. Este fenómeno puede estar relacionado con dos factores: las inseguridades asociadas a la separación familiar y los problemas económicos que afectan a la población no migrante. Respecto del primer factor, el estudio de 2007 identificó que 17.5 por ciento de la población con algún familiar que vivía en Estados Unidos había buscado tratamiento para la depresión (Duncan *et al.*, 2011:245). Fueron mujeres

y personas de edad avanzada quienes experimentaron mayor ansiedad y depresión debido a la separación de su pareja o sus hijos.

Los datos también sugieren que el género tiene un impacto diferenciado en la salud mental de los migrantes y no migrantes, pues el femenino es más propenso a presentar síntomas asociados a la depresión. En 2010, 32 por ciento de las mujeres cuyos esposos se encontraban en Estados Unidos experimentaron síntomas asociados a esta enfermedad, mientras que sólo 25 por ciento de aquellas cuyos esposos vivían con ellas indicaron tener ese padecimiento (Calvario *et al.*, 2013:130).

Otro factor importante que permite entender la forma como el fenómeno migratorio se relaciona con la salud mental de la población no migrante son los problemas financieros, que se encuentran interrelacionados con la separación familiar. En 2010, 28 por ciento de los pobladores que reportaron haber sufrido depresión indicaron que la causa se debió a problemas financieros (Calvario *et al.*, 2013:131). De igual forma que en el caso de la separación familiar, las mujeres señalaron que resienten en mayor medida la falta o disminución de apoyo financiero de sus parejas (Calvario *et al.*, 2013).

Las afectaciones en la salud mental de los migrantes que residen en Vista tienen relación con diversos factores: el tiempo de estancia en el lugar de destino, el estatus migratorio, la forma cómo cruzaron la frontera, la separación familiar, entre otros (Duncan *et al.*, 2011; Calvario *et al.*, 2013). En el caso de estos migrantes, la separación familiar se coloca como un elemento central que permite entender de qué forma la experiencia migratoria puede impactar en la salud mental de los migrantes y este hecho se relaciona con el tiempo de estancia en el lugar de destino. Como lo han señalado Duncan *et al.* (2011) y Calvario *et al.* (2013), el apoyo de la comunidad asentada en Vista juega un papel de suma importancia para que los migrantes mitiguen el impacto de la separación familiar. Sin embargo, otros estudios sugieren que la convivencia en un hogar hacinado y sobrepoblado, aunque sea con paisanos, también puede generar problemas, particularmente en lo que respecta a caer en adicciones y sus numerosas consecuencias para la salud mental (Mines, Nichols y Runsten, 2010:95).

Los migrantes retornados son otro grupo que se encuentra potencialmente expuesto a presentar afectaciones en su estado emocional y psicológico. En 2010, Érika, una migrante deportada que tuvo que dejar a su hijo en Estados Unidos, explicó que la reinserción a la vida en la comunidad de origen le había planteado una serie de dificultades, asociadas a la falta de empleo y los sentimientos que le generaba estar lejos de su hijo (Moreno, entrevista, 2010).

En lo que respecta a las alternativas de atención para las afecciones mentales, la oferta es limitada para quienes se encuentran en la comunidad originaria; sólo se puede acudir al centro de salud comunitario y, en última instancia, al hospital del IMSS ubicado en la ciudad de Juxtlahuaca o con un médico privado. Sin embargo, la búsqueda de estas opciones de atención profesional está mediada por diferentes aspectos: la confianza que se le tiene al psicólogo local, el estatus laboral –ser derechohabiente o no– y lo limitado de los recursos económicos.

Cuando se preguntó a los encuestados qué tipo de servicios médicos buscarían en el caso de presentar algún síntoma que indicara problemas emocionales o psicológicos, los resultados mostraron que la atención médica sería la principal opción para los residentes de San Miguel, con 47 por ciento, mientras que el tratamiento psicológico se colocó en 32 por ciento. Esto sugiere que la mayor parte de la población no migrante considera que la salud mental debe curarse con medicina farmacéutica y no con terapia. En segundo lugar se mencionó a la familia como la opción principal para buscar ayuda, con 16 por ciento. Por su parte, los migrantes mostraron mayor preferencia por el apoyo familiar que el de un médico o psicólogo, con 18 por ciento (Duncan *et al.*, 2011:134-135). En casos extremos, ellos prefieren regresar a su comunidad de origen antes que ser tratados en Estados Unidos (Duncan *et al.*, 2011:134-135), hecho que sugiere desconfianza o miedo a ser estigmatizados si se busca atención psicológica en aquel país.

En la encuesta de 2014, quienes indicaron presentar afecciones psicológicas señalaron que el lugar al que acudieron a recibir tratamiento fue a San Miguel (65 %), específicamente en el centro de salud (37.5 %), y les fueron recetados medicamentos como tratamiento para los síntomas depresivos. No obstante, el acceso a la atención psicológica también implica barreras culturales, es decir, miedo a ser estigmatizado. Por ello es necesario colocar el tema de la salud mental como una dimensión relevante en la vida comunitaria transnacional.

El consumo y abuso de sustancias psicoactivas

En este apartado se exponen una serie de temas relacionados con el consumo y abuso de sustancias psicoactivas en San Miguel y Vista. La información se presenta diferenciada por género, generación⁴ y estatus migratorio, cuando así es posible. En primera instancia, se muestra la tendencia a ingerir alcohol en San

⁴ En éste y el siguiente apartado se realiza el análisis etario a partir de cinco grupos clasificados en los siguientes rangos de edad: 18-25, 26-35, 36-45, 46-55 y 56-65.

Miguel; enseguida se presenta el caso de los hombres y se procede con información respecto de las mujeres; después se abordan el consumo y abuso de otro tipo de sustancias psicoactivas.

En San Miguel, al igual que en otras comunidades del México rural, el beber alcohol se encuentra enmarcado en una serie de prácticas relacionadas con el círculo social y laboral del consumidor, el acceso a recursos y el carácter ritual/festivo de la bebida, tanto a nivel comunitario como familiar (Duncan *et al.*, 2011). Como se explica en los siguientes párrafos, el género, la generación y el movimiento migratorio influyen de forma importante en el tipo de consumo.

GRÁFICA 1. Consumo de alcohol entre hombres y mujeres por grupo etario, 2014



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta levantada en campo.

Hacia 2014, en la comunidad existían ocho tiendas donde se vendían bebidas alcohólicas y dos locales funcionaban como cantinas. Este dato resulta relevante, ya que en estos espacios los hombres tienen acceso al alcohol de forma cotidiana. Destaca la permisividad con que se venden bebidas embriagantes a los menores de edad, quienes en San Miguel, en promedio, comienzan a ingerir alcohol a los 14 años de edad.

La encuesta de 2014 identificó que en la localidad, 55 por ciento de las personas habían bebido alcohol por lo menos en una ocasión en su vida. En la gráfica 1 puede observarse la diferencia del consumo entre hombres y mujeres por grupo etario. Entre los varones, en el grupo de 26 a 35 años de edad se encuentra la mayor cantidad de bebedores, proporción que después se mantiene constante entre los otros grupos etarios. Por su parte, entre las mujeres, el consumo de alcohol se encuentra distribuido casi equitativamente entre los grupos de edad, lo cual denota una ingesta generalizada, aunque mayor en generaciones jóvenes.

En el cuadro 1 se muestra la frecuencia de consumo de alcohol en San Miguel en 2014. Llama la atención que sólo tres personas admitieron beber alcohol todos los días y 23 lo hacen semanalmente, pues durante la estancia en la localidad fue evidente que la tasa de ingesta era más alta, hecho que se exagera en los rituales comunitarios.

CUADRO 1. Frecuencia en el consumo de alcohol por población total, 2014

<i>Consumo</i>	<i>Personas</i>
Nunca	124
Cada tres meses	96
Cada mes	54
Cada semana	23
Todos los días	3
No contestó	163

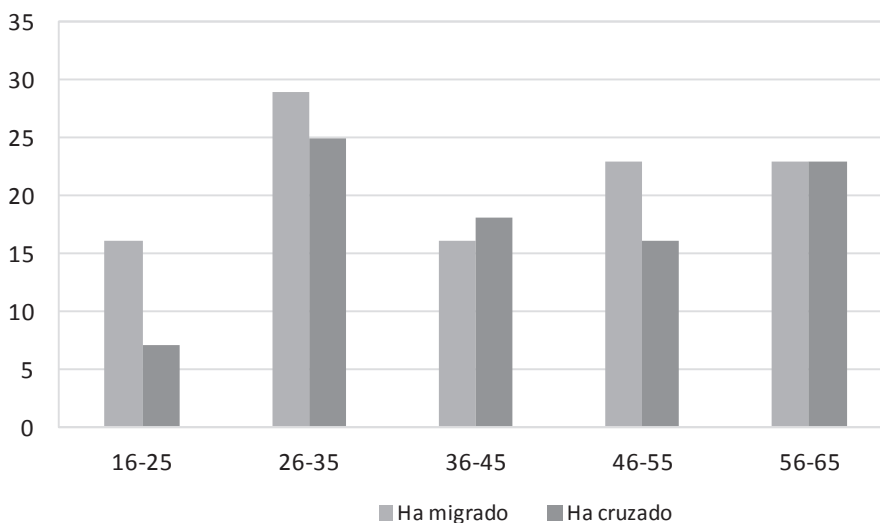
Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta levantada en campo.

Entre los hombres, un dato relevante de la encuesta de 2014 se refiere a la relación entre el consumo de alcohol y los oficios. Así, quienes se dedican al campo en todos los grupos etarios ingieren más alcohol, aunque es predominante entre 36 a 46 y 46 a 55 años. Los comerciantes también mostraron una ingesta alta, seguidos por los albañiles.

Para identificar la relación entre consumo de alcohol y migración se tomaron las variantes *ha migrado* –es decir, salir del lugar de origen– y *ha cruzado*, que se refiere a la salida del país. La gráfica 2 muestra que todos los grupos empezaron a beber alcohol en San Miguel, y de un total de 467 personas entrevistadas han

migrado 251, de las que aproximadamente 50 por ciento –y en especial el grupo de 26 a 35 años– comparten el mayor consumo y el índice más alto de migración, ya sea nacional o internacional. Este hecho sugiere que la ingesta de alcohol entre los migrantes jóvenes es mayor en comparación con los no migrantes.

GRÁFICA 2. Migración y consumo de alcohol entre hombres, 2014



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta levantada en campo.

Los estudios realizados en 2007 y 2010 son consistentes en indicar que los migrantes son más propensos al consumo y abuso del alcohol. En la encuesta de 2007 se identificó que 32 por ciento de los mixtecos radicados en Estados Unidos bebían alcohol, mientras que en la comunidad originaria el consumo decaía a 23 por ciento. Por su parte, entre aquellas personas con historia migratoria se encontraba un mayor número de bebedores (36.6%), en comparación con quienes no habían salido de su pueblo (18%) (Duncan *et al.*, 2011:247).

Por su parte, el médico del centro de salud de San Miguel (Fuentes, entrevista, 2014) comentó que algunos migrantes regresan de Estados Unidos con problemas de abuso de la sustancia. Sin embargo, son pocos los que se acercan a la clínica para solicitar ayuda médica profesional. De hecho, aseguró que cuando deciden

realizar la visita médica es porque ya presentan problemas serios de cirrosis. Se considera que, en parte, esto se debe a que el abuso del alcohol no es concebido como una enfermedad y por ello el tratamiento médico no es una alternativa.

En Estados Unidos, el consumo de alcohol y otras drogas entre los hombres jóvenes es posibilitado gracias al salario que ganan y las pocas responsabilidades familiares que tienen. Tal fue el caso de Francisco (Hernández, entrevista, 2014), quien dijo tener 32 años de edad, y durante la charla comentó que se fue de San Miguel en 2000, cuando tenía 20 años. Recuerda que, en Estados Unidos, para él y sus amigos era muy fácil “acceder a ropa, electrónicos, alcohol, droga y mujeres” con el dinero que ganaban, iniciando así una vida de excesos que se prolongó por más de una década. En 2012, Francisco regresó a San Miguel por falta de oportunidades laborales en Estados Unidos. Al respecto, comentó que al principio sufrió una depresión severa, debido a que no “se hallaba”. Después de un año de haber regresado a la comunidad de origen se sintió más aliviado, ya no extrañaba Estados Unidos y su consumo de alcohol había disminuido. Sin embargo, mantenerse sobrio en la comunidad no es fácil, pues la bebida juega un rol importante en la vida social.

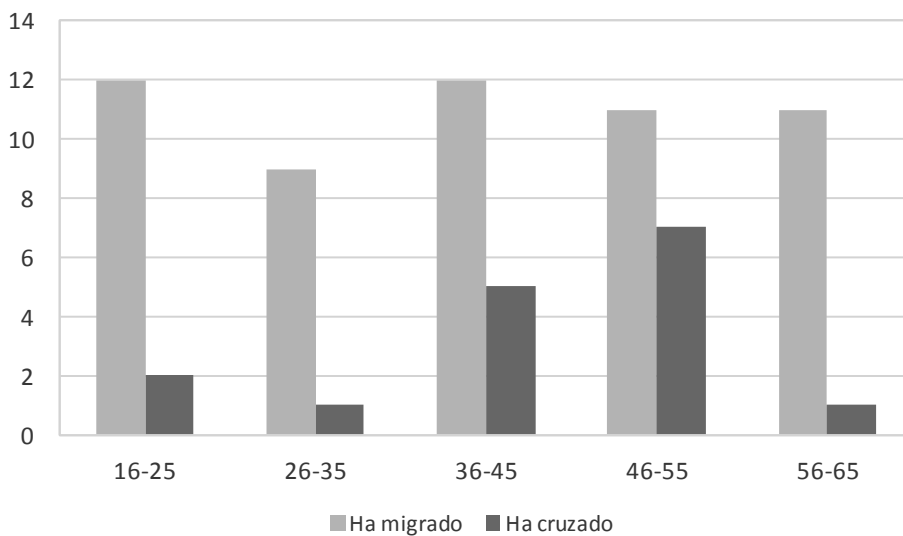
En cuanto al consumo de alcohol entre mujeres, el psicólogo del centro de salud de San Miguel comentó (Godínez, entrevista, 2014) que al menos entre 25 y 30 por ciento de este sector de la población tiene problemas relacionados con el abuso de la sustancia. Quienes presentan mayor incidencia son las madres jóvenes cuyos esposos se encuentran en Estados Unidos. Sin embargo, el psicólogo también señaló que cuando lo visitan, las mujeres no buscan ayuda por su forma de beber sino por los síntomas depresivos que presentan. Aquí nuevamente destaca el hecho de que el abuso del alcohol no es concebido como una enfermedad que debe ser tratada con medicamento farmacéutico o terapia, pero sí algunas de sus patologías asociadas.

En la encuesta de 2014, en el caso de las mujeres que habían migrado, 78 de ellas dijeron haber consumido alcohol alguna vez en su vida, 40 no beben y 74 lo hacen de forma regular. Solamente una persona dijo abusar de la sustancia, pues toma diariamente y admitió que le gustaría controlar su forma de beber. Un dato relevante es que en todos los grupos etarios se presenta el consumo de alcohol –predominantemente entre las amas de casa– y en 90 por ciento en cada uno de los grupos de edad.

Los datos presentados en esta sección sugieren que la experiencia migratoria y el consumo y abuso de alcohol en la comunidad están relacionados. De esta

forma, la ruptura familiar y la exposición a otros factores estresantes que generan ansiedad o depresión –como son la falta de dinero en México o el hacinamiento de la vivienda en Estados Unidos– son algunos de los factores que impulsan el abuso de la bebida. Aunado a lo anterior, el hecho de que el consumo y abuso de alcohol es, hasta cierto punto, social y culturalmente aceptado, debido a su importancia para la socialización y relevancia en los rituales comunitarios, el problema se vuelve todavía mayor, ya que esta práctica se percibe como parte natural de la vida social. También destaca que el abuso del alcohol no sea considerado como una enfermedad y, por ende, no se busque tratamiento médico o psicológico.

GRÁFICA 3. Migración y consumo de alcohol entre mujeres, 2014



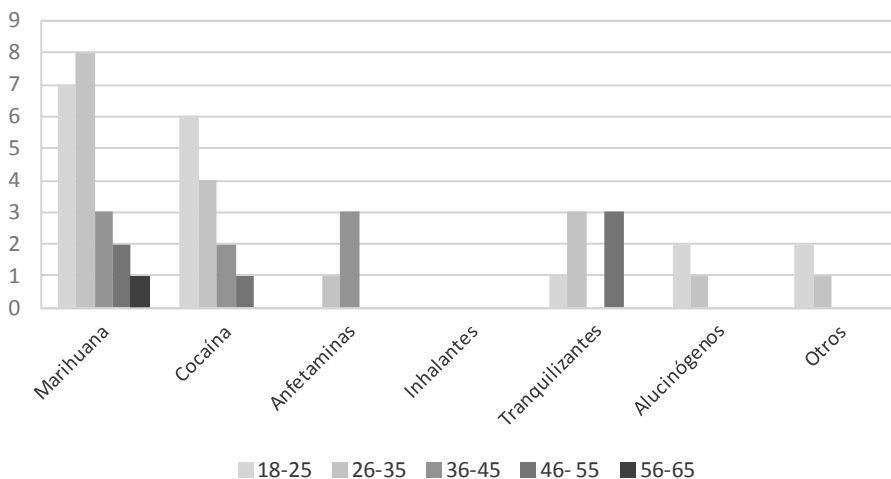
Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta levantada en campo.

En cuanto al consumo y abuso de otras sustancias psicoactivas, de las 463 personas de la muestra (*n*) encuestadas en 2014, se identificó que 261 de ellas habían probado alguna droga por lo menos una vez en su vida. Entre las sustancias enlistadas en el cuestionario de ese año se encuentran las siguientes: marihuana, cocaína, anfetaminas, inhalantes, tranquilizantes, alucinógenos, opiáceos y otras (entre las cuales destacó el uso de metanfetaminas, como el cristal). Sobresale el hecho de que estas drogas, salvo los tranquilizantes, preponderaron entre la población

masculina en lo que respecta a la pregunta: “A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (para usos no médicos)”. Las más utilizadas por el total de la población fueron marihuana (4.7 %), cocaína (2.8 %) y tranquilizantes (2.1 %). En particular, se revisó el consumo de marihuana y cocaína por ser las de uso más frecuente, además de que son las que se toman en cuenta dentro de la *Encuesta nacional de adicciones* (INPRFM, 2011). El registro del uso y abuso de drogas se realizó a partir de la siguiente pregunta: “¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses (primera, segunda, etcétera)”, y los hallazgos principales son los siguientes:

- 1) Las sustancias de mayor consumo son marihuana y cocaína, seguidas de tranquilizantes. La excepción fueron dos personas que utilizan metanfetaminas.
- 2) Entre la población femenina no se registró el uso de sustancias no controladas, salvo una excepción de anfetaminas.
- 3) El grupo etario con mayor factor de riesgo es el de 18 a 25 años, pues presenta el consumo de marihuana y cocaína más alto de la muestra.
- 4) Las personas de 46 a 55 años presentan el mayor uso de tranquilizantes.

GRÁFICA 4. Consumo de drogas en hombres por generación, 2014



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta levantada en campo.

Respecto de la atención del consumo y abuso de sustancias en la comunidad, se detectó que ésta se provee a través del Seguro Popular y cubre los aspectos de

prevención selectiva e indicada de adicciones (consejería), así como su diagnóstico y tratamiento. El Seguro Popular actúa conjuntamente con el IMSS, el cual cuenta con centros de prevención del abuso de sustancias psicoactivas, conocidos como Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA), que a través de talleres comunitarios brindan orientación preventiva y tratamiento breve a adolescentes que se inician en el consumo y abuso de drogas. No obstante, según la opinión de los profesionales de la salud y maestros comunitarios, el programa no está funcionando en San Miguel debido a que carece de obligatoriedad. Existe una preocupación especial por la población en edad escolar, pues se piensa que es en las escuelas donde se distribuyen las sustancias psicoactivas.

En general, se considera que existe poco apoyo institucional para subsanar los problemas de abuso de drogas dentro del municipio, tomando en cuenta que casi 12 por ciento de la población masculina consume marihuana y poco más de siete por ciento utiliza cocaína.

CUADRO 2. Consumo de drogas más comunes entre la población masculina en San Miguel, 2014 (porcentajes)

<i>Sustancia</i>	<i>Ha consumido alguna sustancia (n = 261)</i>	<i>Población masculina (n = 176)</i>	<i>Total de la muestra (n = 463)</i>
Marihuana	8.04597701	11.9318182	4.53563715
Cocaína	4.98084291	7.38636364	2.80777538
Tranquilizantes	3.83141762	1.70454545	2.15982721

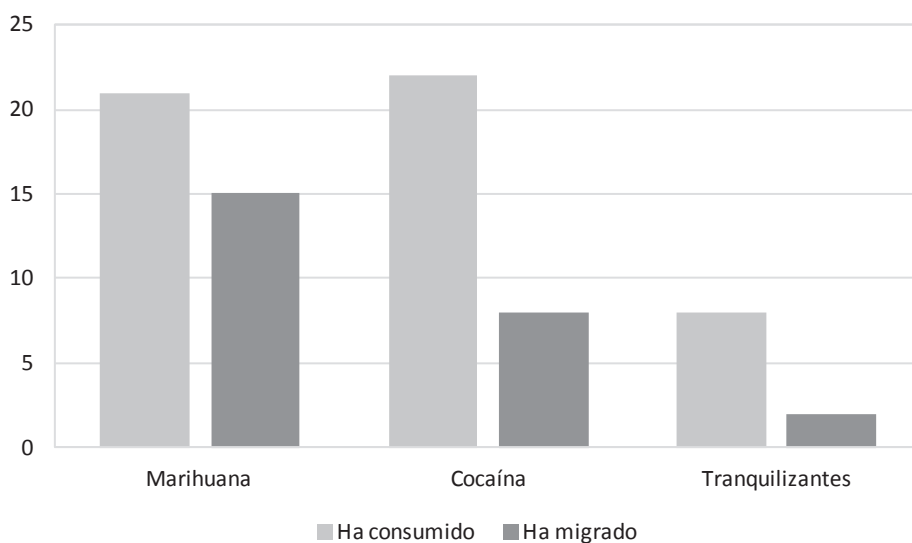
Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta levantada en campo.

Para el cruce de información sobre migración y consumo de drogas, se tomaron en cuenta las preguntas: “¿Alguna vez ha ido a vivir o a trabajar a otra parte de México, fuera de San Miguel?” y “¿Alguna vez ha intentado cruzar a Estados Unidos?”. Concerniente a las personas que han migrado, a continuación se presentan los resultados entre migración y consumo de sustancias psicoactivas diferentes del alcohol:

- 1) En su mayoría, el consumo de marihuana está directamente relacionado con la migración dentro del país entre la población de 16 a 25 y 26 a 35 años.
- 2) El uso de cocaína se presenta con mayor intensidad entre la población no migrante de San Miguel y es preponderante entre los 26 y 35 años.
- 3) La utilización de tranquilizantes se registra con mayor intensidad dentro de San Miguel y predomina entre la población de 46 a 55 años.

- 4) Los consumidores de anfetaminas han sido migrantes, entre los que sobresale el grupo de 36 a 45 años de edad.

GRÁFICA 5. Migración y consumo de drogas, 2014



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta levantada en campo.

El consumo de marihuana comienza mayormente en la migración dentro del país, y a partir de los datos recabados se asume que es en los estados fronterizos o en aquellos donde trabajan como jornaleros y tienen el primer contacto con las sustancias psicoactivas. Tal es el caso de Baja California y Sonora, destinos preferidos por los mixtecos y que coinciden en ser entidades productoras o de trasiego de este tipo de drogas.

Respecto del consumo de cocaína, destaca que éste se inicia en la comunidad originaria. Según palabras de un entrevistado (Pérez, entrevista, 2014), la mayoría de quienes abusan de esta droga son albañiles, quienes se dieron cuenta de que bajo sus efectos “aguantaban más el trabajo”. Una alternativa es el cristal –cuyo uso va en aumento–, debido a que esta sustancia es más barata y potente, entre otras razones.

En cuanto a la relación entre migración y el consumo de sustancias psicoactivas diferentes del alcohol, algunos entrevistados consideraron que entraron en la comunidad a través de los migrantes que se fueron en la década de 1990 y

regresaron en la de 2000. Sin embargo, se considera que éste no es un fenómeno unidireccional, sino que han confluído diversos factores para que el uso de estas drogas vaya en aumento. Así mismo, destaca la facilidad con la que se accede a ellas en la región. Por otra parte, es importante reflexionar sobre las implicaciones de que exista mayor o menor grado de incidencia en el consumo de algún tipo de sustancia psicoactiva –como la cocaína en la comunidad originaria o la marihuana en alguna de sus localidades extendidas– y su relación con el constante movimiento migratorio de sus pobladores. Al respecto, es posible argumentar que la contaminación epidemiológica del uso y abuso de sustancias psicoactivas en la comunidad transnacional puede presentarse en múltiples direcciones; por ejemplo, la marihuana de Baja California a Vista y San Miguel o la cocaína en dirección contraria.

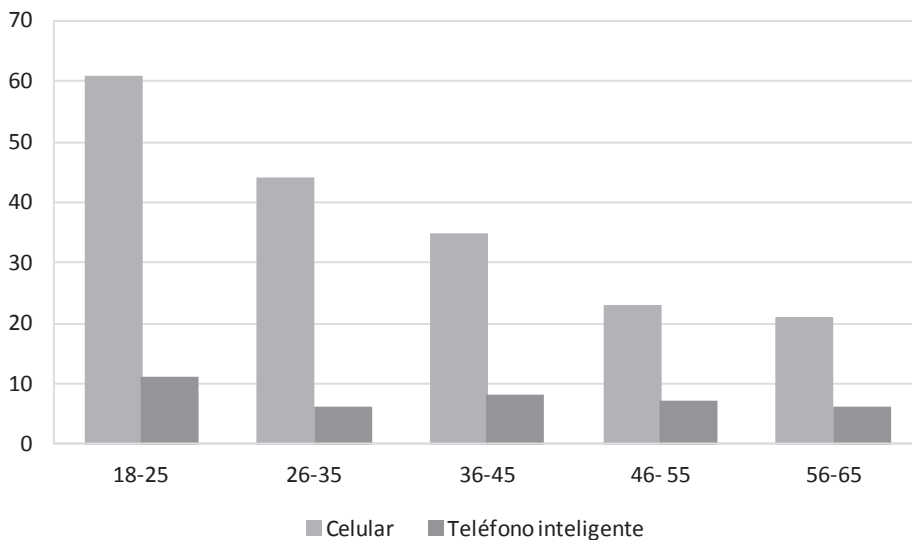
El uso de las TIC

En esta sección se inquiriere sobre el uso de TIC en San Miguel, con la finalidad de identificar la evolución de su acceso y uso en los últimos 10 años y discernir sobre la posibilidad de utilizar estos dispositivos para orientar y atender problemas de salud mental, alcoholismo y drogadicción entre los miembros de las comunidades transnacionales.

Uno de los hallazgos más relevantes del estudio de 2007 fue que el acceso a los medios de comunicación era controlado por una minoría que decidía cómo utilizarlos y qué tipo de mensajes enviar al interior de la comunidad transnacional (Muse-Orlinoff *et al.*, 2009). En caso de no poseer una línea de teléfono fija en casa para realizar una llamada a un familiar o amigo radicado en una de las localidades extendidas de la comunidad o recibir un telefonema de él, era necesario asistir a la caseta telefónica. Algunos de los inconvenientes de utilizar este espacio era que en ocasiones se tenían que hacer largas filas para poder efectuar o recibir llamadas, además de que éstas no eran del todo privadas, ya que cualquier persona cercana a la caseta podía escuchar parte de las conversaciones. Por otra parte, en caso de tener un teléfono fijo en casa, éste era utilizado con relativa discrecionalidad debido a su costo. Por lo regular era la madre o algún adulto quien decidía cuándo utilizarlo para llamar o quién y en qué orden se podían recibir las llamadas entrantes (Muse-Orlinoff *et al.*, 2009). Destaca que en 2007, 64 por ciento de los entrevistados dijeron tener teléfono fijo (Muse-Orlinoff *et al.*, 2009:141), mientras que en 2014 sólo 31.9 por ciento de la población afirmó contar con este servicio. Se considera que esta drástica caída está relacionada con la popularización de la telefonía celular en la comunidad.

En la última visita realizada a San Miguel, el acceso y uso de TIC digitales había cambiado considerablemente. Destaca, en particular, la popularización de los celulares, pues en 2014, 41.9 por ciento de la población total ya contaba con estos dispositivos, de los cuales 19.5 por ciento eran teléfonos inteligentes, utilizados con mayor preponderancia entre los grupos etarios de 18 a 25 y 36 a 45 años. En términos generales, el uso de celulares recae mayormente entre la población joven y tiende a bajar conforme la edad se incrementa. No obstante, existe un aumento en el grupo de 46 a 55 años, quienes se supone que son jefes de familia y utilizan el dispositivo para comunicarse con sus familiares en Estados Unidos. Dentro de las barreras que limitan el uso del celular, sólo 11 por ciento de la población dijo que se debía al costo y 1.7 por ciento porque no sabía cómo usarlo. Este hecho sugiere que las habilidades digitales y el precio de los dispositivos ya no son factores relevantes que inhiben el acceso y uso de la tecnología móvil.

GRÁFICA 6. Tendencia del uso de celular por grupo etario en San Miguel, 2014

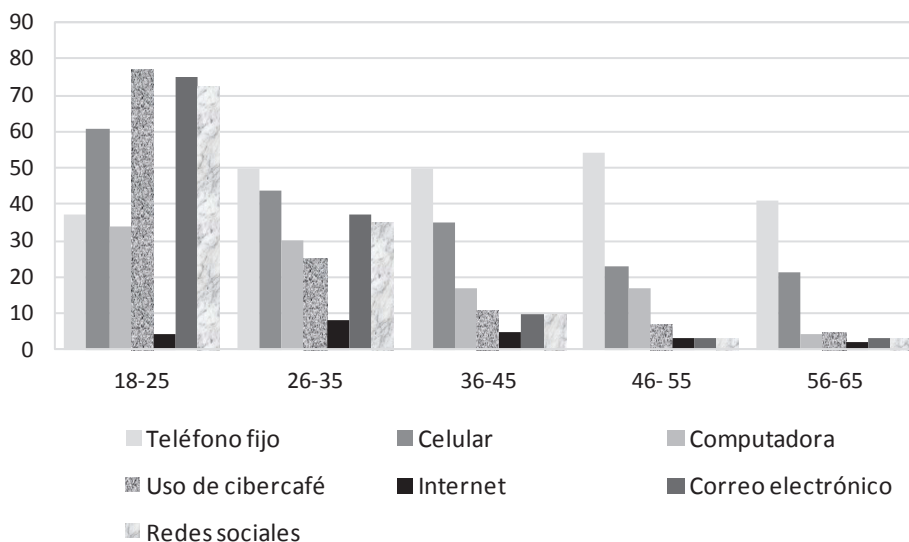


Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta levantada en campo.

Por otro lado, el uso de computadoras e Internet se ha popularizado entre la población más joven de San Miguel. Así, en la última visita fue común ver a niños utilizando los servicios de cómputo ofrecidos de forma gratuita en la comunidad.

Además, un dato relevante es que los usuarios de Internet ya se comunican con sus familiares y amigos en Estados Unidos mediante las páginas de redes sociales, principalmente Facebook. El grupo etario de 18 a 25 años es el que utiliza de manera más frecuente esta tecnología, seguido por el de 26 a 35, donde el uso decae a la mitad, y en el resto de los grupos es prácticamente nulo. En la gráfica 7 es posible observar cuáles son las TIC más usadas entre la población de San Miguel por grupo etario.

GRÁFICA 7. TIC con mayor uso en San Miguel, 2014



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta levantada en campo.

Los datos presentados sugieren que los celulares, computadoras e Internet se están posicionando como los medios de comunicación preponderantes en San Miguel. Este hecho ha generado mayor control individual sobre la información que se envía y recibe entre los miembros de la comunidad transnacional, pues los medios ya no son controlados por las generaciones mayores o centralizados a través de pocos espacios de acceso. Destaca que la tecnología móvil se esté popularizando entre todos los grupos etarios sin distinción de género, y el hecho de que algunos sectores de la población comiencen a utilizar teléfonos inteligentes. Por lo anterior, se considera que los pobladores de San Miguel, al igual que los miembros

de otras comunidades transnacionales con características similares, poseen tanto la infraestructura tecnológica como las habilidades digitales necesarias para comenzar a ser usuarios activos de servicios de orientación y atención médica a través de sus dispositivos móviles, particularmente en lo que a la salud mental respecta.

CONCLUSIONES

A lo largo de las diferentes secciones que componen este artículo, se argumentó en favor de promover la salud mental de las comunidades indígenas transnacionales a través de la tecnología móvil. En la primera sección, después de presentar los conceptos de telemedicina, salud móvil y expediente clínico electrónico (ECE), se sustentó que estas prácticas médicas son acordes a la realidad cotidiana de algunos sectores de la población mexicana que viven migrando entre diferentes localidades, estados y naciones.

A partir de la revisión de literatura sobre la práctica de la telemedicina entre miembros de comunidades migrantes de origen mexicano, se identificó que están abiertos a este recurso sin importar su género o generación. Sin embargo, les preocupa la confidencialidad de sus datos, particularmente en el caso de quienes se encuentran en un estatus irregular en Estados Unidos. Además, una de sus limitantes es la necesidad de utilizar elementos periféricos para captar bioseñales e intervenir a los pacientes cuando se trata de padecimientos físicos. Por ello, se consideró que la salud móvil para la promoción de la salud mental es una práctica médica que puede ser aceptada con mayor facilidad entre los miembros de las comunidades migrantes, debido a que las soluciones pueden entregarse con mayor facilidad a los pacientes, pues no existe la necesidad de utilizar dispositivos periféricos. Además, como lo señalan Farrington, Aristidou y Ruggeri (2014), la habilidad de comprometerse al tratamiento por vía remota y de forma anónima puede ayudar a superar las barreras socioculturales relacionadas con la salud mental, algo común en México, donde los padecimientos mentales prefieren esconderse para no ser estigmatizados.

Más adelante se discutió sobre la exclusión —o autoexclusión— de las comunidades indígenas migrantes de los servicios de salud mental, tanto en México como Estados Unidos, y se argumentó que la popularización de los teléfonos celulares entre sus miembros abre la posibilidad de hacer llegar este tipo de servicios con mayor facilidad, independientemente del lugar donde se encuentren. Además, se consideró que dicha tarea es necesaria debido a que los miembros de estas comu-

nidades –ya sea en el lugar de origen, tránsito o país de destino– tienden a desarrollar depresión y abuso de sustancias psicoactivas debido a la separación familiar, así como las numerosas tensiones y vulnerabilidades a las que se exponen en sus travesías y estancias en ambientes social y culturalmente diversos.

Para comprobar la tasa de incidencia de enfermedades mentales, así como el consumo y abuso de sustancias psicoactivas entre comunidades transnacionales, se presentó el caso de San Miguel a partir de datos cuantitativos y cualitativos levantados por un equipo binacional de investigación perteneciente al MMFRP en tres visitas de campo realizadas en 2007, 2010 y 2014 en San Miguel y Vista, California. A partir de los datos presentados sobre la salud mental comunitaria se identificó que las enfermedades mentales y el abuso de sustancias psicoactivas van en aumento, tanto en el caso de las personas que se encuentran en México como de aquellas que radican en Estados Unidos. Respecto del uso de sustancias psicoactivas, destacó que el inicio de su consumo y abuso se localizan espacialmente: cocaína en San Miguel, marihuana en los estados del norte del país y alcohol en Estados Unidos. No obstante, al ser una comunidad con miembros en constante movimiento, este tipo de prácticas se reproducen con relativa facilidad en los diferentes espacios adonde migran.

En cuanto al uso de TIC móviles, se encontró que los celulares se han popularizado entre prácticamente todos los géneros y las generaciones de la muestra. De hecho, los teléfonos inteligentes comienzan a ser comunes. Por lo anterior, además de necesario, se consideró factible desarrollar soluciones móviles de base tecnológica para la atención de la salud mental entre los miembros de comunidades transnacionales con características similares a las de San Miguel.

En cuanto a los parámetros mínimos que deben seguirse para desarrollar estrategias que pretendan proveer salud mental a este tipo de comunidades a través de soluciones móviles de base tecnológica, en primera instancia es importante considerar sus particularidades culturales: origen étnico, lengua y cosmovisión respecto de las enfermedades mentales. También resulta relevante tomar en cuenta las diferencias de género y generacionales para elegir el tipo de plataforma, los mensajes y medios adecuados: SMS, aplicaciones, comunidades de autoayuda, redes sociales, ludificación, etcétera.

En términos generales, la discusión presentada en este artículo argumenta la necesidad de desarrollar servicios de salud mental móvil y atención a las adicciones que sean capaces de alcanzar a los miembros de las comunidades transnacionales sin importar el lugar donde se encuentren. Se considera que este tipo de servicios

pueden ayudar a los migrantes y no migrantes a lidiar con el duelo generado por la ruptura familiar, así como la continua vulnerabilidad que caracteriza a la vida transnacional. La infraestructura necesaria para hacer llegar estos servicios la poseen los migrantes (dispositivos móviles); lo que hace falta es generar los contenidos.

REFERENCIAS

- ACHOTEGUI, Joseba, 2008, “Migración y crisis: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)”, *Avances en Salud Mental Relacional*, vol. 7, núm. 1, marzo, España, Órgano Oficial de Expresión de la Fundación OMIE, en <<http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0701/achotegui.pdf>>, consultado el 20 de abril de 2016.
- BESSERER, Federico, 2004, *Topografías transnacionales: Hacia una geografía de la vida transnacional*, México, UAM-I/Plaza y Valdés.
- BHISE, Viraj, 2014, “Exploring the Power of mHealth for Accessible, Affordable and Quality Healthcare for Farmworkers”, *Migrant Health Newslines*, Estados Unidos, University of Texas Health Science Center at Houston, en <http://www.weebly.com/editor/uploads/3/8/6/8/38685499/custom_themes/919123595410423472/files/Issue2_2014.pdf>, consultado el 12 de mayo de 2016.
- CALVARIO, Regina; Whitney L. DUNCAN, Diana ENRÍQUEZ, Gilberto LÓPEZ y Hugo SALGADO, 2013, “Migration and Mental Health in a Binational Mixteco Community”, en David S. Fitzgerald, Jorge Hernández-Díaz y David Keyes, coords., *The Wall Between Us: A Mixteco Migrant Community in Mexico and the United States*, La Jolla, Estados Unidos, Center for Comparative Immigration Studies.
- CORNELIUS, Wayne A.; David FITZGERALD, Jorge HERNÁNDEZ-DÍAZ y Scott BORGER, 2011, *Migraciones desde la Mixteca: Una comunidad transnacional en Oaxaca y California*, México, Miguel Ángel Porrúa.
- DUNCAN, Whitney; Laurel KORWIN, Miguel PINEDO, Eduardo GONZÁLEZ-FAGOAGA y Durga GARCÍA, 2009, “Lucharle por la vida: The Impact of Migration on Health”, en Wayne A. Cornelius, David Fitzgerald, Jorge Hernández-Díaz y Scott Berger, eds., *Migration from the Mexican Mixteca: A Transnational Community in Oaxaca and California*, San Diego, Estados Unidos, Lynne Rienner Publishers, pp. 165-205.
- DUNCAN, Whitney; Laurel KORWIN, Miguel PINEDO, Eduardo GONZÁLEZ-FAGOAGA y Durga GARCÍA, 2011, “Lucharle por la vida. El impacto de la migración

- en la salud”, en Wayne A. Cornelius, David Fitzgerald, Jorge Hernández-Díaz y Scott Borger, eds., *Migraciones desde la Mixteca: Una comunidad transnacional en Oaxaca y California*, México, Miguel Ángel Porrúa/CCIS-UCSD/UABJO.
- FARRINGTON, Conor; Angela ARISTIDOU y Kai RUGGERI, 2014 [documento digital], “mHealth and Global Mental Health: Still Waiting for the mH2 Wedding?”, *Globalization and Health*, Reino Unido, Biomed Central, vol. 10, núm. 17, en <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3986901/>>, consultado el 28 de mayo de 2015.
- GLICK SCHILLER, Nina; Linda BASH y Cristina SZANTON BLANC, 1995, “From Immigrant to Transmigrant: Theorizing Transnational Migration”, *Anthropological Quarterly*, Estados Unidos, The George Washington University Institute for Ethnographic Research, vol. 68, núm. 1, enero, pp. 48-63.
- HOLMES, Seth [publicación digital], 2006, “An Ethnographic Study of the Social Context of Migrant Health in the United States”, *Plos Medicine*, Estados Unidos, Plos, vol. 3, núm. 10, octubre, en <[http://www.plosmedicine.org/article/ fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pmed.0030448&represent ation=PDFhttp://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal. pmed.0030448](http://www.plosmedicine.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pmed.0030448&representation=PDFhttp://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0030448)>, consultado el 28 de mayo de 2015.
- INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ (INPRFM) [publicación digital], 2011, *Encuesta nacional de adicciones 2011. Drogas ilícitas*, México, D. F., INPRFM/Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, en <[http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ ILICITAS_.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf)>, consultado el 12 de junio de 2015>.
- KORSTE, Roos [blog], 2010, “2010, in2mentalhealth”, *in2mentalhealth*, Holanda, Roos Korte, en <<https://in2mentalhealth.com/>>, consultado el 12 de mayo de 2016.
- MATUS, Maximino, 2012a, “Panorama acerca del acceso y uso de las TIC en San Quintín, Baja California”, en Maximino Matus y Rodrigo Ramírez, *Acceso y uso de TIC en áreas rurales, periurbanas y urbano-marginales de México: Una perspectiva antropológica*, México, Infotec/Conacyt, pp. 35-92.
- MATUS, Maximino, 2012b, “Panorama acerca del acceso y uso de las TIC en San Francisco Ixhuatán, Oaxaca”, en Maximino Matus y Rodrigo Ramírez, *Acceso y uso de TIC en áreas rurales, periurbanas y urbano-marginales de México: Una perspectiva antropológica*, México, Infotec/Conacyt, pp. 211-245.
- MATUS, Maximino, 2012c, “Panorama acerca del acceso y uso de las TIC en Oxcutzcab, Yucatán”, en Maximino Matus y Rodrigo Ramírez, *Acceso y uso de*

- TIC en áreas rurales, periurbanas y urbano-marginales de México: Una perspectiva antropológica, México, Infotec/Conacyt, pp. 247-286.
- MATUS, Maximino y Rodrigo RAMÍREZ, 2012, *Acceso y uso de TIC en áreas rurales, periurbanas y urbano-marginales de México: Una perspectiva antropológica*, México, Infotec/Conacyt.
- MINES, Richard; Sandra NICHOLS y David RUNSTEN [publicación digital], 2010, *California's Indigenous Farmworkers. Final Report of the Indigenous Farmworker Study (IFS) to the California Endowment*, Estados Unidos, California Rural Legal Assistance, enero, en <http://www.indigenousfarmworkers.org/IFS%20Full%20Report%20_Jan2010.pdf>, consultado el 28 de mayo de 2015.
- MUSE-ORLINOFF, Leah; Maximino MATUS, Chelsea AMBORT y John CÁRDENAS, 2009, "Long Distance Lives: International Migrant Networks and Technology in the United States and Mexico", en Wayne A. Cornelius, David Fitzgerald, Jorge Hernández-Díaz y Scott Borger, edits., *Migration from the Mexican Mixteca: A Transnational Community in Oaxaca and California*, San Diego, Estados Unidos, Lynne Rienner Publishers.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), 2004, *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Resumen*, Ginebra, OMS.
- ORISTIAN, Elizabeth; Patricia SWEENEY, Verónica PUENTES, Jorge JIMÉNEZ y Maximino MATUS RUIZ, 2009, "The Migrant Health Paradox Revisited", en Wayne A. Cornelius, David Fitzgerald y Scott Borger, edits., *Four Generations of Norteños: New Research from the Cradle of Mexican Migration*, San Diego, Estados Unidos, Lynne Rienner Publishers.
- SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL (SEDESOL) [publicación digital], 2013, *Catálogo de localidades. Sistema de apoyo para la planeación*, México, D. F., Sedesol, en <<http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/LocdeMun.aspx?tipo=clave&campo=loc&ent=20&mun=286>>, consultado el 1 de julio de 2015.
- SECRETARÍA DE SALUD (SSA) [publicación digital], 2002, *Programa de Acción: e-Salud: Telemedicina*, México, SSA, en <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/esalud.pdf>>, consultado el 23 de mayo de 2015.
- SECRETARÍA DE SALUD (SSA) [publicación digital], 2007, *Programa de Acción Específico 2007-2012. Vete Sano Regresa Sano*, México, SSA, en <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/vete_sano_regresa_sano.pdf>, consultado el 19 de abril de 2016.
- SEPÚLVEDA, Fernando, 2006, "Hacia un modelo de atención a la salud de los migrantes mexicanos en Estados Unidos. En los mexicanos de aquí y de allá:

Problemas comunes”, en Fundación Solidaridad Mexicano Americana y Senado de la República, *Memoria del Segundo Foro de Reflexión Binacional*, México, D. F., Fundación Solidaridad Mexicano Americana, pp. 155-179.

YELLOWLEES, Peter; Shayna MARKS, Don HILTY y Jay SHORE [publicación digital], 2008, “Using e-Health to Enable Culturally Appropriate Mental Healthcare in Rural Areas”, *Telemed JE Health*, Estados Unidos, Mary Ann Liebert Inc. Publishers, vol. 14, núm. 5, junio, pp. 486-492, en <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18578685>>, consultado el 28 de mayo de 2015.

Entrevistas

FUENTES SALAS, Marco, 2014, por Rodrigo Ramírez [trabajo de campo], “Proyecto de Investigación de Campo de la Migración Mexicana (MMFRP) CCIS-UCSD”, Oaxaca, México, Infotec.

GODÍNEZ RAMÍREZ, José, 2014, por Rodrigo Ramírez [trabajo de campo], “Proyecto de Investigación de Campo de la Migración Mexicana (MMFRP) CCIS-UCSD”, Oaxaca, México, Infotec.

HERNÁNDEZ GÓMEZ, Francisco, 2014, por Rodrigo Ramírez [trabajo de campo], “Proyecto de Investigación de Campo de la Migración Mexicana (MMFRP) CCIS-UCSD”, Oaxaca, México, Infotec.

MORENO, Érika, 2010, por Estefanía Castillo [trabajo de campo], “Proyecto de Investigación de Campo de la Migración Mexicana (MMFRP) CCIS-UCSD”, Oaxaca, México, Infotec.

PÉREZ FONSECA, Said, 2014, por Rodrigo Ramírez [trabajo de campo], “Proyecto de Investigación de Campo de la Migración Mexicana (MMFRP) CCIS-UCSD”, Oaxaca, México, Infotec.