

Inmigración, trabajo y salud: revisión bibliográfica sobre migración entre México y los Estados Unidos

Michael A. Flynn
 Tania Carreón
 Donald E. Eggerth
 Antoinette I. Johnson

semblanza Flynn. Científico social en NIOSH y titular del programa de investigación para mejorar la salud ocupacional de trabajadores inmigrantes, se desempeña como coordinador adjunto del Programa de Disparidades de Salud de NIOSH y es miembro del Comité Consultivo Nacional del programa Ventanillas de Salud de la Secretaría de Salud de México. Tiene una maestría en antropología por la Universidad de Cincinnati y es investigador del Consorcio de Investigación Psicológica Multicultural de la Universidad Estatal de Michigan.

Carreón. Investigadora en epidemiología en NIOSH y experta en la materia para el programa de salud del WTC, también funge como profesora asistente adjunta en el Departamento de Salud Ambiental y el Instituto de Tumores Cerebrales de la Universidad de Cincinnati. Es bióloga por la Universidad Nacional Autónoma de México, maestra en ciencias de la salud ambiental por la Escuela de Salud Pública de México y doctora en epidemiología por la Universidad de Cincinnati. Su investigación se enfoca en la exposición ocupacional de agentes químicos y de cáncer.

Eggerth. Coordinador del área de investigación en capacitación y evaluación de NIOSH, donde lleva a cabo estudios de campo y supervisa proyectos de investigación relacionados con salud ocupacional en poblaciones vulnerables, incluidos inmigrantes, trabajadores jóvenes y empleados de pequeñas empresas. Es investigador afiliado al Departamento de Psicología de la Universidad Estatal de Colorado e investigador del Consorcio de Investigación Psicológica Multicultural de la Universidad Estatal de Michigan. El doctor Eggerth recibió su grado de psicología por la Universidad de Minnesota y es miembro de la Asociación Americana de Psicología.

Johnson. Becaria en NIOSH por la Asociación de Escuelas y Programas de Salud Pública, y se encuentra trabajando en proyectos de promoción de la salud y la seguridad en el trabajo para jóvenes, inmigrantes y empleados de empresas pequeñas. Obtuvo su maestría en salud pública por la Universidad Johns Hopkins. Sus intereses de investigación son la prevención de enfermedades y promoción de la salud en poblaciones minoritarias.

Resumen

Es preciso entender que el trabajo u ocupación influyen sobre la salud de los individuos, y como esta influencia va más allá de los peligros, riesgos y condiciones físicas, emocionales y sociales con que las que se enfrentan laboralmente. El trabajo u ocupación también ejercen una influencia importante sobre otros aspectos de la vida que contribuyen o afectan la salud de los individuos y la de sus familias.

El trabajo es el principal incentivo para la migración mexicana hacia los Estados Unidos. Los inmigrantes mexicanos padecen efectos en la salud física y enfermedades crónicas que tienden a empeorar mientras más tiempo permanecen en los Estados Unidos. La estrecha relación entre el trabajo y la inmigración sugiere que, para muchos mexicanos, la inmigración puede ser análoga a una profesión que los pone a ellos y a sus familiares en situaciones que pueden cambiar su salud física, emocional y social a raíz de su empleo.

Dado el gran número de mexicanos que emigran para trabajar, es esencial que los trabajadores sociales tomen en cuenta los impactos físicos, mentales y sociales asociados con la emigración cuando trabajan con migrantes a nivel individual, familiar y comunitario, así como a nivel del sistema. Este trabajo es una revisión bibliográfica que explora el efecto que la migración tiene sobre la salud de las personas que emigran y la de sus familiares que se quedan.

Descargo de responsabilidad

Los resultados y conclusiones de este artículo son las de los autores y no representan necesariamente la opinión de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (World Health Organization, 2014). La OMS reconoce que hay muchos factores contextuales que influyen en la salud, conocidos colectivamente como los determinantes sociales de la salud. La OMS define los determinantes sociales de la salud como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas circunstancias se forman en todos los niveles: local, nacional y mundial, mediante la distribución del poder, el dinero y los recursos (World Health Organization, 2014). Los latinos son la población étnica de más rápido crecimiento en los Estados Unidos (Ortman y Guarneri, 2009). En particular, los inmigrantes latinos padecen más de efectos en la salud física y enfermedades crónicas mientras más tiempo permanecen en los Estados Unidos (Acevedo-Garcia, Bates, Osypuk y McArdle, 2010; Rogers, 2010). Este trabajo es una revisión bibliográfica que explora el efecto que la migración tiene sobre la salud de las personas que emigran y la de sus familiares que se quedan.

El trabajo es el principal incentivo para la migración de latinoamericanos a los Estados Unidos y tiene un impacto enorme en la salud de los inmigrantes (Cleaveland, 2012; Donald E. Eggerth, DeLaney, Flynn y Jacobson, 2012; Ryo, 2013). El trabajo es un componente central en la vida de las perso-

nas que afecta, directa o indirectamente, el bienestar físico, psicológico y social, tanto del trabajador como de su familia (World Health Organization, 2014). Es necesario entender que el trabajo u ocupación elegida ejercen una influencia en la salud que va más allá de los peligros, riesgos y condiciones físicas, emocionales y sociales con las que se enfrenta el trabajador (Commission on Social Determinants of Health, 2008). El trabajo también ejerce una influencia significativa sobre otros aspectos de la vida que contribuyen o afectan la salud del trabajador y la de su familia (Commission on Social Determinants of Health, 2008). El trabajo con frecuencia determina el tipo de atención para la salud que se tiene, el lugar en el que se puede vivir, los recursos con los que se cuentan para satisfacer las necesidades de la familia y el tiempo que se tiene para pasar con ellos (Braveman, Egerter, y Williams, 2011). Diferentes ocupaciones ofrecen diferentes oportunidades y desafíos para la salud y por lo tanto ejercen una fuerte influencia sobre los elementos físicos, emocionales y sociales de la salud.

Por ejemplo, los camioneros que recorren largas distancias con frecuencia perciben mayores ingresos que los conductores locales, y por lo tanto pueden cubrir mejor las necesidades de sus familias; pero su ocupación requiere que destinen mucho tiempo fuera de sus casas, lo que puede afectar los aspectos sociales de la salud, como la vida familiar y las amistades. Los trabajadores sociales contribuyen a restaurar o mejorar la capacidad de funcionamiento social de las personas, familias y grupos (Barker, 2003). Por lo tanto, la asociación entre la ocupación o el trabajo y la capacidad del trabajador para alcanzar una salud óptima para ellos y sus familias deben

ser consideraciones importantes del trabajo social.

El trabajo es el principal motor de la migración internacional actual (International Labor Organization, 2009). Más de la mitad de los 214 millones de inmigrantes internacionales son trabajadores migrantes que participan activamente en la fuerza de trabajo; sus familias representan un 40% adicional de la población inmigrante mundial (International Labor Organization, 2009). La inmigración procedente de América Latina hacia los Estados Unidos ha tenido un gran crecimiento en los últimos 20 años y en la actualidad hay unos 19 millones de inmigrantes latinos que viven en los Estados Unidos (Motel y Patten, 2012).

Los inmigrantes mexicanos ocupan un lugar destacado en estas cifras. En 2008, 12.7 millones de inmigrantes mexicanos vivían en los Estados Unidos. Estos inmigrantes representan el 32% de la población nacida en el extranjero, comparado con el 8% (760,000) en 1970 (Pew Hispanic Center, 2009). Aunque la mayoría de los inmigrantes de América Latina están autorizados para residir en los Estados Unidos, un número creciente de inmigrantes latinos recientes no tienen estatus legal. Por ejemplo, Passel y Cohn (2009) estiman que aproximadamente el 80% de los inmigrantes mexicanos que se fueron a los Estados Unidos en la última década eran indocumentados.

El aumento en la emigración ha dado lugar a importantes cambios demográficos en México también. En 1970, sólo el 1.7% de los ciudadanos mexicanos vivía en los Estados Unidos; no obstante, en 2008 el 11% de la población total de México, y una porción aún mayor de la población en edad de trabajar vivía en los Estados Unidos (Pew Hispanic Center, 2009).

Para muchos mexicanos, la migración por motivos laborales puede ser análoga a una profesión que pone a ellos y a sus familiares en situaciones que pueden cambiar su salud física, emocional y social a raíz de su empleo (Davies, Basten, y Frattini, 2010; Ingleby, 2012). La estrecha asociación entre el trabajo y la inmigración (International Labor Organization, 2009) sugiere que los efectos en la salud de este cambio en el estilo de vida están relacionados de alguna forma con el trabajo, a pesar de que muchas veces no son el resultado de las condiciones del lugar de empleo.

La perspectiva del ciclo de vida es útil para entender cómo la decisión de migrar por motivos laborales puede afectar la salud y el bienestar a través del tiempo (Leong, Eggerth, y Flynn, 2014). Puesto que la migración laboral tiene como meta principal el mejorar las oportunidades económicas del individuo, Jones (1996) advierte en contra de considerar sólo los beneficios de una carrera determinada sin tomar en cuenta también los aspectos negativos relacionados con esa profesión. Por ejemplo, recibirse como médico proporciona altos ingresos y oportunidades de ayudar a personas necesitadas. Sin embargo, también implica largas horas de trabajo, enormes exigencias laborales y una alta tasa de divorcio debido a la falta de equilibrio entre el trabajo y la familia. Del mismo modo, la migración, aún en las mejores circunstancias, implica desafíos para el individuo y su familia, tales como períodos largos de separación (Grzywacz *et al.*, 2006). La migración no autorizada tiene muchos riesgos adicionales, que van desde la explotación de personas por parte de traficantes hasta el estrés de encontrar y mantener un empleo sin los documentos necesarios (Flynn, 2010).

Los trabajadores sociales ayudan a las personas a aumentar su capacidad de resolver y afrontar sus problemas, les ayudan a obtener los recursos necesarios, facilitan la interacción entre los individuos y entre las personas y su medio ambiente, hacen que las organizaciones respondan a las personas, e influyen en las políticas sociales (Barker, 2003). Dado el gran número de mexicanos que migran para trabajar, es esencial que los trabajadores sociales tengan en cuenta los impactos físicos, mentales y sociales exclusivos de la emigración cuando trabajan con clientes a nivel individual, familiar y comunitario; del mismo modo deben hacerlo los trabajadores sociales que laboran a nivel del sistema.

Inmigración y salud

La primera sección explora cómo la inmigración afecta la salud física, emocional y social del individuo y su familia. Específicamente, se analiza a los inmigrantes mexicanos que residen en los Estados Unidos. En la segunda sección se aborda el impacto de la inmigración sobre la salud de los miembros de la familia que se quedaron en México. La última sección aborda la inmigración y la salud de los inmigrantes que regresan a México.

Impacto en la salud de las personas que emigran a los Estados Unidos

Salud física

La búsqueda de empleo es fundamental para la migración mexicana a los Estados Unidos (International Labor Organization, 2009). Los migrantes suelen trabajar en empleos que tienen un riesgo elevado de lesión o enfermedad (Hudson, 2007; Orrenius y

Zavodny, 2009). Los trabajadores inmigrantes latinos tienen una tasa de lesiones mortales de 5.9 por cada 100,000 habitantes, en comparación con 4.0 por 100,000 habitantes en todos los trabajadores de los Estados Unidos (Centers for Disease Control and Prevention, 2008). Los inmigrantes mexicanos ocupan un lugar destacado en esta desigualdad. De 2003 a 2006, dos tercios de las muertes relacionadas con el trabajo entre los latinos ocurrieron en los inmigrantes y el 70% de esos inmigrantes eran mexicanos. La falta de acceso a servicios de salud (Ku y Matani, 2001; Lashuay y Harrison, 2006), la barrera del idioma (Lashuay y Harrison, 2006; National Research Council, 2003), la discriminación (Okechukwu, Souza, Davis, y de Castro, 2014), el miedo a las represalias (Smith-Nonini, 2003), el trabajo temporal (Landsbergis, Grzywacz, y LaMontagne, 2014), la falta de conocimiento sobre los procedimientos de seguridad y los reglamentos de protección en el trabajo (Pransky *et al.*, 2002) y, para algunos, la falta de autorización para trabajar (Flynn, 2010; Walter, Bourgois, Margarita Loinaz, y Schillinger, 2002) son algunos de los factores que pueden dificultar a los trabajadores inmigrantes contender con sus problemas de salud y seguridad en el trabajo (Lashuay y Harrison, 2006).

Según datos de la Oficina del Censo de los Estados Unidos (Passel y Cohn, 2009), la mayoría de los inmigrantes indocumentados laboran en la agricultura (25%), seguidos de empleos en jardinería y mantenimiento de edificios (19%), construcción (17%), preparación y servicio de alimentos (12%) y producción (10%). Numerosos estudios en los Estados Unidos han demostrado que los trabajadores agrícolas inmigrantes constituyen poblaciones vulnerables que padecen

altas tasas de lesiones y enfermedad (Arcury, Rodriguez, Kearney, Arcury, y Quandt, 2014; Brock, Northcraft-Baxter, Escoffery, y Greene, 2012; Kelly, Glick, Kulkob, Clayton, y Rovnyak, 2012; McCurdy y Kwan, 2012; Shipp, Cooper, del Junco, Cooper, y Whitworth, 2013). Los principales riesgos para los trabajadores agrícolas son la exposición a plaguicidas y metales pesados, la exposición al sol, lesiones musculoesqueléticas y la falta de saneamiento de los campos de cultivo (Quandt *et al.*, 2010; Sakala, 1987). Estos trabajadores también enfrentan problemas relacionados con la seguridad, higiene y privacidad de sus viviendas (Arcury *et al.*, 2012). Datos sobre las tasas de lesiones o enfermedades entre jornaleros (empleados de construcción, jardinería y mantenimiento) son escasos, pero los resultados indican mayores tasas de accidentes de trabajo de manera consistente. Los trabajadores inmigrantes latinos de la construcción y reparación de techos enfrentan riesgos elevados de lesiones y muerte (Albers, Hudock, y Lowe, 2013; Arcury *et al.*, 2014; Dong, Choi, Borchardt, Wang, y Largay, 2013; O'Connor, Loomis, Runyan, Abboud dal Santo, y Schulman, 2005).

Los trabajadores inmigrantes en las plantas de procesamiento de aves de corral en los Estados Unidos se enfrentan a un mayor riesgo de exposición a parásitos, lesiones musculoesqueléticas y enfermedades de la piel (Grzywacz *et al.*, 2012; Pichardo-Geisinger *et al.*, 2014; Pichardo-Geisinger *et al.*, 2013; Quandt *et al.*, 2014) y los trabajadores de limpieza están expuestos a sustancias químicas peligrosas (Pechter, Azaroff, Lopez, y Goldstein-Gelb, 2009).

Además de los peligros físicos en el trabajo, la elección de emigrar implica con frecuencia cambios en el estilo de vida inducidos por el trabajo que afectan la salud

física. Algunos ejemplos de factores que pueden afectar negativamente la salud de los trabajadores inmigrantes y sus familias incluyen la exigencia de trabajar horarios extendidos, incertidumbre en el pago de honorarios, prestaciones marginales, estrés general, mala alimentación y tiempo libre exiguo (Commission on Social Determinants of Health, 2008). En concreto, al aumentar el tiempo de residencia en los Estados Unidos se incrementa la prevalencia de enfermedades crónicas y la adopción de hábitos de salud nocivos, una vez que los inmigrantes asimilan el estilo de vida estadounidense (Singh y Siahpush, 2002). Por ejemplo, inmigrantes latinos recientes reportaron tener una mejor salud en general, un menor número de restricciones en su actividad diaria y haber pasado menos días en cama debido a una enfermedad, que las personas nacidas en los Estados Unidos (Cho, Frisbie, Hummer, y Rogers, 2004). También tenían una menor prevalencia de condiciones adversas para la salud (Antecol y Bedard, 2006). Sin embargo, estas ventajas disminuyen o desaparecen cuanto más tiempo pasan los inmigrantes en los Estados Unidos.

Existen estudios que han demostrado que la aculturación y el tiempo de residencia en los Estados Unidos se asocian de manera positiva con un mayor índice de masa corporal (Antecol y Bedard, 2006; Cho *et al.*, 2004) y la adopción de dietas poco saludables debido al horario y la intensidad del trabajo que limitan el tiempo o la energía necesarios para la preparación de alimentos en el hogar (Arenas-Monreal, Ruiz-Rodríguez, Bonilla-Fernandez, Valdez Santiago, y Hernandez-Tezoquia, 2013). De la misma manera, mientras más tiempo permanecen los inmigrantes en los Estados Unidos, se incrementan sus tasas de tabaquismo

(Abraido-Lanza, Chao, y Florez, 2005; Bethel y Schenker, 2005), de consumo de alcohol (Abraido-Lanza *et al.*, 2005), de sedentarismo e hipertensión (Chakraborty *et al.*, 2003), de diabetes (Lopez y Golden, 2014; Schneiderman *et al.*, 2014), de falta de sueño (Seicean, Neuhauser, Strohl, y Redline, 2011) y de discapacidad (Escobar Latapi, Lowell, y Martin, 2013). Los cambios en el estilo de vida asociados con bajos salarios y el empleo temporal en los Estados Unidos, se citan a menudo como factores centrales para el deterioro de la salud de los trabajadores inmigrantes y sus familias. Escobar Latapi *et al.* (2013) llegaron a la conclusión de que la mejora en la salud del migrante depende en gran medida de mejorar de sus condiciones de trabajo y educación.

Salud mental

Las condiciones de trabajo y los efectos secundarios del empleo pueden tener impactos tanto positivos como negativos sobre la salud mental de los trabajadores. Blustein (2006) ha identificado tres funciones básicas que el trabajo tiene el potencial de desempeñar: (a) el trabajo como un medio para la supervivencia y el poder, (b) el trabajo como medio de conexión social y (c) el trabajo como un medio de auto-determinación. En la medida en que el trabajo pueda satisfacer estas necesidades, es probable que tenga un impacto positivo sobre la salud mental del trabajador. Sin embargo, el lugar de trabajo es a menudo uno de los espacios sociales donde interactúa la gente de diferentes orígenes sociales, étnicos y raciales. Por lo tanto, puede ser el sitio donde las dinámicas sociales más grandes, como la discriminación, la xenofobia, el racismo y la intimidación también ocurren (Okechukwu *et al.*, 2014). Los inmigrantes

latinos constituyen un grupo para quien esto es especialmente válido; a menudo se encuentran aislados socialmente de la comunidad en general, con oportunidades de empleo muy limitadas y que viven con graves limitaciones sociales (Okechukwu *et al.*, 2014). Esto es aún más importante para los grupos vulnerables de inmigrantes como los inmigrantes indocumentados (Flynn, 2010) o las mujeres inmigrantes (Donald E. Eggerth *et al.*, 2012) que a menudo se enfrentan a factores adicionales de estrés en el trabajo. Esta dinámica puede tener un costo psicológico significativo en los trabajadores, según lo sugieren estudios de discriminación y angustia psicológica y emocional en el trabajo (Krieger *et al.*, 2006).

Para los trabajadores inmigrantes, el estrés no se detiene con la discriminación laboral. De hecho, la elección de emigrar por motivos laborales implica un cambio total de estilo de vida que trae consigo una serie de estresores sociales y económicos que van mucho más allá del lugar de empleo y alcanzan todas las aspectos de la vida cotidiana (Sandhu y Asrabadi, 1994). Los retos asociados con el proceso de adaptación a un nuevo entorno social se han definido como estrés aculturativo (Sandhu y Asrabadi, 1994). Los inmigrantes latinos en los Estados Unidos cuentan con una mejor salud mental que la población de los Estados Unidos a su llegada a ese país; sin embargo, al igual que con la salud física, estas ventajas tienden a disiparse al incrementar su tiempo de residencia (Vega, Sribney, Aguilar-Gaxiola, y Kolody, 2004). Varios estudios han encontrado tasas más altas de aflicciones psiquiátricas en grupos de inmigrantes, en comparación con la población general del país de recepción (Hutchinson y Haasen, 2004; Silveira y

Ebrahim, 1998; Vega *et al.*, 2004). El tiempo de residencia en los Estados Unidos se ha asociado con un aumento en las experiencias de discriminación racial hacia los inmigrantes latinos, que afectan negativamente tanto su salud física como mental (Gee, Ryan, Laflamme, y Holt, 2006). También parece que los inmigrantes pueden tener peores consecuencias de salud mental en comparación con la población en sus países de origen. Por ejemplo, Hovey y King (1997) encontraron niveles más altos de suicidio entre los inmigrantes mexicanos en los Estados Unidos en comparación con México.

Aunque viajar a un país extranjero suscita la esperanza de un futuro mejor, el proceso está rodeado de considerable estrés aculturativo (Suarez-Orozco y Suarez-Orozco, 2001). Un estudio longitudinal evaluó el impacto del estrés aculturativo en adolescentes inmigrantes, y encontró que a medida que aumentan los niveles de estrés aculturativo, la internalización de síntomas de salud mental también se incrementa (Sirin, Ryce, Gupta, y Rogers-Sirin, 2013). Estos síntomas de salud mental internalizados incluyen ansiedad, depresión y síntomas somáticos (Sirin *et al.*, 2013; Wei *et al.*, 2007). El estrés de aculturación está estrechamente relacionado con desafíos para la salud social, lo que se examina en la siguiente sección.

Salud social

La migración laboral juega un papel muy importante en los aspectos sociales de la salud. El empleo es un factor clave de motivación para la inmigración y es fundamental para la elección de la localidad, una vez tomada la decisión de emigrar (International Labor Organization, 2009; Kochhar, Suro, y Tafoya, 2005). La localidad establece los parámetros de salud social de

los inmigrantes. Por ejemplo, ¿es la localidad un área metropolitana grande o una ciudad pequeña?; ¿tiene una comunidad latina establecida o se trata de una nueva zona de asentamiento con poca o ninguna infraestructura bilingüe?; ¿es la actitud de la población residente acusatoria, amable o ambivalente hacia los nuevos inmigrantes? Una vez empleado, el trabajo determinará el horario del individuo, la cantidad de tiempo libre que tiene y su capacidad para trabajar horas extras o conseguir un segundo trabajo. Como se mencionó anteriormente, para los inmigrantes, el lugar de trabajo es uno de los principales sitios de interacción con los miembros de la comunidad establecida.

Para muchos inmigrantes, el aislamiento y la falta de apoyo social son un desafío importante para la salud social. La emigración por razones laborales con frecuencia implica la separación de la red social –familia y amigos– por períodos prolongados. (Grzywacz *et al.*, 2006). Esto puede ser especialmente cierto cuando el costo del viaje es prohibitivo o la falta de documentos migratorios impide el tránsito rutinario entre países (D.E. Eggerth y Flynn, 2013). Por otra parte, el desarrollo de apoyos sociales y el acceso a recursos locales en la comunidad establecida puede ser muy difícil.

Tal vez el obstáculo más obvio para la integración con la comunidad establecida es el lenguaje. No ser capaz de recibir asistencia debido a las barreras del idioma es frustrante (D.E. Eggerth y Flynn, 2013). Dada la carga de trabajo extenuante y los compromisos familiares, los trabajadores inmigrantes a menudo no tienen el tiempo o la energía para aprender un nuevo idioma. Asimismo, muchos cuentan con educación formal limitada en su lengua materna, lo que aumenta la dificultad de aprender un

idioma extranjero (Donald E. Eggerth *et al.*, 2012). Además, las condiciones legales, socio-culturales y políticas en el país de recepción pueden complicar aún más la integración de los trabajadores inmigrantes en la comunidad. Por ejemplo, los inmigrantes tienen a menudo prohibido recibir beneficios destinados a personas de bajos recursos, obtener la ciudadanía o el acceso a recursos tales como seguro de gastos médicos (Castaneda, 2009).

El ejemplo más extremo de la exclusión social es la categorización de algunos inmigrantes como "ilegales" (De Genova, 2002), pues el temor constante de ser deportado contribuye tanto a estrés agudo como de bajo grado (Berk y Schur, 2001). La separación de la familia y los amigos, junto con problemas de lenguaje y las políticas sociales de exclusión en los países de recepción pueden contribuir a exacerbar el sentimiento de aislamiento entre los trabajadores inmigrantes.

Por otra parte, aun cuando las familias completas pueden emigrar juntas, hay factores estresantes importantes que están relacionados con la aculturación tanto a nivel individual como familiar (Rogler, 1994). Frecuentemente, la inmigración complica los roles familiares tradicionales y las dinámicas de poder. Por ejemplo los niños a menudo se aculturán y aprenden el idioma del país receptor más rápido que sus padres. Con frecuencia esto los pone como intérpretes de las normas sociales para sus padres o como traductores en las reuniones con los directivos escolares, personal médico y otros individuos. Del mismo modo, la inmigración puede desafiar los roles tradicionales de género en la familia. Las mujeres inmigrantes suelen trabajar fuera del hogar en los países receptores, cuando normal-

mente permanecerían como amas de casa en sus países de origen. Menjivar (1999) reportó que las mujeres inmigrantes centroamericanas encuentran que la autoestima que obtienen al trabajar fuera del hogar se acompaña frecuentemente de un comportamiento degradante o violento por parte de sus esposos al intentar mantener los papeles tradicionales de género en la familia.

Las familias latinas constituyen una parte de las redes sociales que ejercen el intercambio de recursos, tales como el transporte y el apoyo financiero (Ayón y Naddy, 2013). Las familias latinas dependen de cada miembro de la familia para que proporcione apoyo emocional, financiero y moral; poniendo énfasis en el papel del padre (Haxton y Harknett, 2009). Sin embargo, en comparación con las familias afro-americanas, las familias latinas son más propensas a recibir el apoyo de ambos padres (Haxton y Harknett, 2009). Por lo tanto, cuando uno de los cónyuges emigra por motivos de trabajo, se prevé que ocurra un conflicto familiar importante (Donald E. Eggerth *et al.*, 2012), impactando a los miembros que se quedan atrás. La siguiente sección describe cómo la migración laboral afecta la salud de los miembros de la familia que se quedan en el país de origen.

Impacto en la salud de los miembros de la familia que se quedan

Aunque la inmigración se ha entendido como un determinante social de la salud para el inmigrante (Davies *et al.*, 2010; Ingley, 2012), su papel como determinante social de la salud de los miembros de la familia que se quedan por lo general se relega. Según Kanaiaupuni y Donato (1999), en sus etapas iniciales, la migración afecta a las comunidades y las familias; sin em-



bargo, es útil a largo plazo para la supervivencia del hogar y, finalmente forma parte de las instituciones locales y la vida comunitaria. En algunos casos, ayuda a prosperar a las familias. Las familias de los inmigrantes en los Estados Unidos tienen más recursos económicos que les permiten un mayor acceso a bienes y servicios; estas familias también son más grandes, sus miembros son más jóvenes y tienen más años de educación que las familias que no tienen familiares migrantes (Salgado de Snyder *et al.*, 2010). Por ejemplo, en el 2013, aproximadamente 22,000 millones de dólares fueron enviados por los migrantes a México (Cohn, Gonzalez-Barrera, y Cuddington, 2013). La pregunta central es ¿en qué medida la migración laboral internacional determina la salud física, mental y social de los miembros de la familia que se quedan?

Salud física

Salgado de Snyder *et al.* (2010) llevaron a cabo una encuesta entre 702 familias con y sin familiares migrantes en comunidades rurales de tres estados del centro de México. En comparación con las familias sin un parente migrante, las mujeres de familias migrantes reportaron tener mayor frecuencia de enfermedades de transmisión sexual y de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes. También informaron tener más enfermedades infecciosas como la tuberculosis y la neumonía. Si bien las diferencias para cada condición individual no fueron estadísticamente significativas, se observaron de manera consistente resultados inferiores para todas las condiciones estudiadas en los hogares de inmigrantes.

Utilizando datos de El Proyecto de Migración Mexicana, una encuesta en comunidades mexicanas realizada durante los

inviernos de 1987-1988 hasta 1992-1993, Kanaiaupuni y Donato (1999) observaron que en comunidades que pasan por el período inicial de intensa migración, la supervivencia infantil empeora considerablemente. Sin embargo, la mortalidad infantil se redujo a la mitad en comunidades con 20 años o más de migración. Remesas anuales de por lo menos 10,000 dólares estadounidenses mejoraron la supervivencia infantil, con una reducción en la probabilidad de muerte de un 27% al controlar por otros factores.

Utilizando datos de la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica de 1997 (ENADID), Hildebrandt y McKenzie (2005) reportaron mayor peso al nacer y tasas de mortalidad infantil más bajas entre los niños de familias migrantes nacidos en México. Por el contrario, encontraron que los niños de hogares de familias migrantes tenían menor probabilidad de ser amamantados, de ser vacunados o de visitar a un médico en su primer año de vida.

Baker *et al.* (2010) analizaron datos de la Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares (ENNVH, por sus siglas en inglés) y encontraron que los niños de familias migrantes presentaron mayor índice de masa corporal y de riesgo de sobrepeso que los niños que no tienen familiares migrantes, incluso después de controlar por su peso anterior. También encontraron que los niveles y patrones de obesidad en los hogares de emigrantes asemejan más a los de los residentes estadounidenses de origen mexicano que a los de otros mexicanos que permanecen en México.

Una transición nutricional ha estado ocurriendo en las últimas dos décadas como resultado del desarrollo económico y la globalización, que ha llevado a un aumento en la obesidad. En los países menos desa-

rrollados, la obesidad ha tendido a ser relativamente rara, pero debido al desarrollo económico (acompañado de un aumento en los ingresos, la urbanización y el aumento en la disponibilidad de alimentos de bajo costo y altas calorías), la obesidad se ha incrementado. Se considera que las redes de migración pueden constituir uno de los factores que afectan la transición nutricional en México, un proceso mundial que implica cambios en el consumo de alimentos y patrones de actividad física (Baker *et al.*, 2010).

Los ancianos dependientes que se quedan también pueden padecer efectos en la salud asociados a la migración de los hijos. En una encuesta en comunidades rurales del centro de México, Salgado de Snyder *et al.* (2010) encontraron que los padres de edad avanzada residentes en hogares no migrantes reportaron un menor número de enfermedades de los "huesos" (osteoporosis, artritis, reumatismo, ácido úrico), enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón), enfermedades infecciosas (enfermedades pulmonares, tuberculosis, infección urinaria, infección intestinal, infección de la próstata), y enfermedades de los ojos (ceguera y deficiencia visual), en comparación con los de hogares migrantes, aunque ninguna de las diferencias fue estadísticamente significativa. Sin embargo, aunque las diferencias en los efectos específicos no fueron estadísticamente significativas, se observa una tendencia consistente en el deterioro de la salud entre las personas de hogares migrantes.

En base a datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), una encuesta representativa a nivel nacional de los mexicanos nacidos antes de 1950, Antman (2010) notó que los

padres de edad avanzada de los migrantes tienen una mayor probabilidad de padecer mala salud física. Este efecto es independiente de las remesas de los hijos, pero los factores que contribuyen no pudieron ser identificados.

Salud mental

Los efectos mentales de la migración en las mujeres que permanecen en sus países de origen giran en torno a los problemas de apego, separación y duelo. En un estudio realizado en México y reportado por el UNICEF (D'Emilio *et al.*, 2007) se encontró que el 70% de las mujeres entrevistadas indicaron que habían padecido períodos de depresión y un 30% consideró que algunos de sus problemas de salud tenían relación con el estrés de tener cónyuges o familiares ausentes.

Se prevé que el 17 por ciento de los niños mexicanos van a padecer la migración de un parente hacia los 14 años de edad (Nobles, 2007). Puesto que la migración femenina es cada vez más común en México, es probable que la proporción de niños afectados por ésta sea incluso mayor. No hay mucha información disponible sobre los efectos en la salud mental de los niños que se quedan cuando sus padres migran desde México a los Estados Unidos. Estudios realizados en Nicaragua y México han encontrado que los niños resienten la ausencia de los padres; y las madres han reportado un aumento en problemas de comportamiento de sus hijos (D'Emilio *et al.*, 2007). Por otra parte, se ha publicado que el consumo de drogas y alcohol son mayores entre los adolescentes de padres migrantes, y se ha reportado una reducción en la atención a las labores escolares y del hogar también como resultado de la migración de los padres (D'Emilio *et al.*, 2007).

Utilizando datos longitudinales de la ENNViH, Arenas y Yahirun (2011) encontraron que los padres cuyos hijos emigraron a los Estados Unidos entre 2002 y 2005 tenían niveles más altos de ansiedad, tristeza, soledad y deseo de morir, en comparación con los padres de hijos que no emigraron. En comparación, los padres de hijos que emigraron dentro de México sólo tenían efectos relacionados con la tristeza cuando se les comparó con los padres cuyos hijos nunca se fueron. Antman (2010) encontró una asociación significativa entre la separación de un hijo que emigró hacia los Estados Unidos y secuelas de salud mental entre los padres de edad avanzada que aún vivían en México.

Salud social

La migración mexicana produce períodos de separación entre cónyuges y entre padres e hijos que a menudo ocurren con alta frecuencia y duración (Kanaiaupuni, 2000). La separación contribuye a una serie de efectos emocionales, físicos y de salud entre los miembros de la familia que se dejaron atrás. Los que se quedan en las comunidades de origen son en su mayoría mujeres, jóvenes y niños que se enfrentan a la nueva realidad que la migración impone en sus vidas. Las mujeres mantienen una fuerte relación de dependencia con sus cónyuges, no sólo a causa de su deber como esposas, pero también debido al control económico ejercido por los hombres, ya que se ha reportado que en muchos casos no son capaces de decidir libremente como gastar el dinero que les envían sus esposos (García Oramas, Ruiz Pimentel, y Ruiz Vallejo, 2011).

Al estudiar a familias de migrantes en comunidades rurales en el estado de Veracruz, García Oramas *et al.* (2011), encontra-

ron que muchos migrantes dejan a sus cónyuges bajo la tutela de sus familiares, por lo general de sus padres o suegros. Con ello se pretende proteger a sus familias, pero sobre todo mantener el control social sobre su pareja. Caballero *et al.* (2008) estudiaron a parejas de migrantes en dos comunidades del centro de México, y encontraron dinámicas familiares similares. Más aún, reportan que estas mujeres tienen poco control sobre el tipo y el momento de utilización de métodos anticonceptivos, puesto que la decisión de parar o continuar su uso depende casi siempre del varón, con la expectativa de que la mujer quede encinta durante los meses que su pareja está de visita.

Caballero *et al.* (2008), detectaron que cuando una mujer está sola tiene menos capacidad para responder a sus problemas de salud; y en un momento de crisis, no tiene a nadie para hablar de sus dudas o inquietudes o pedir consejo, ya que normalmente su marido ocupa ese papel. Ella también se enfrenta a dificultades tales como el cuidado infantil, el acceso a programas de salud y de transporte al médico. Por lo tanto, las esposas de hombres migrantes tienden a automedicarse y a retrasar la búsqueda de atención médica profesional. Por otra parte, el tener un cónyuge que emigra puede mejorar el acceso a la atención médica en ciertas circunstancias. Por ejemplo, en el caso de la salud sexual, estas mujeres a menudo tienen una mayor libertad de elección para asistir al médico y continuar (o no) la anticoncepción (Caballero *et al.*, 2008). También se ha reportado que las familias de migrantes utilizan servicios médicos privados con mayor frecuencia que las familias sin un parente migrante (Salgado de Snyder *et al.*, 2010).

Impacto en la salud de los migrantes que regresan a México

La inmigración mexicana a los Estados Unidos durante las últimas cuatro décadas ha representado la mayor migración de cualquier país en la historia de ese país. Sin embargo, en los últimos cinco años se ha observado una marcada disminución en el número de mexicanos que emigran a los Estados Unidos, así como la duplicación del número de migrantes mexicanos que regresan a México: por ejemplo, un millón 390 mil migrantes regresaron entre 2005-2010, en comparación con sólo 670 mil entre 1995-2000 (Passel y Cohn, 2009). De hecho, en el Censo de Población y Vivienda de 2010 casi un millón de personas reportaron haber trabajado en los Estados Unidos, en comparación a sólo 230 mil cinco años antes (Escobar Latapi *et al.*, 2013). Mientras que los flujos futuros tenderán a fluctuar en relación con los cambios en las condiciones económicas y políticas de México y de los Estados Unidos, los 12 millones de inmigrantes mexicanos que actualmente viven en Estados Unidos (muchos de los cuales llegaron indocumentados en la década de 1990) tienen el potencial de afectar el flujo migratorio de regreso de manera substancial, a medida que la mano de obra envejece (Passel y Cohn, 2009). Los migrantes regresan a su país de origen por diversas razones tanto positivas (jubilación, reunificación familiar, etc.) como negativas (desempleo, enfermedad, deportación, etc.).

La creciente ola de migrantes que regresa puede presentar retos relacionados con la integración social y económica a su retorno, en particular para aquellos en edad de trabajar. Por el contrario, los que regresan como resultado de una lesión o enfermedad, así como los que regresan debido a su jubi-

lación, pueden representar desafíos para los sistemas de atención de salud, tanto en términos de prestación de servicios y del costo asociado. Lograr un mejor entendimiento de los problemas físicos, mentales y sociales de salud que rodean la migración de retorno es el primer paso en el desarrollo de políticas e iniciativas que ayuden a atender las necesidades de los migrantes que regresan hoy, así como las necesidades previstas para el futuro.

Salud física

Según un informe binacional (Escobar Latapi *et al.*, 2013), los estudios retrospectivos de adultos que regresan a México, ya sea jóvenes o ancianos, muestran que en comparación con los inmigrantes que permanecen en los Estados Unidos, la salud de los migrantes de retorno es deficiente en indicadores tales como percepción del estado de salud, estatura, hipertensión, tabaquismo y tasas elevadas de mortalidad. Los inmigrantes mexicanos también tienen tasas de discapacidad más altas que las personas nacidas en los Estados Unidos, tal vez debido a los efectos acumulativos del trabajo manual repetitivo.

González-Block y Sierra-de la Vega (2011) llevaron a cabo un estudio transversal entre migrantes mexicanos que regresaron específicamente a México desde los Estados Unidos para ser atendidos en un hospital. Los investigadores encontraron que los hospitales de zonas de alta y muy alta migración, así como los que se encuentran a lo largo de la frontera entre los Estados Unidos y México estaban siendo utilizados por migrantes que regresaban enfermos, y cuyas necesidades hospitalarias no podían ser cubiertas en ese país. Esos hospitales reportaron que las enfermedades tratadas más

comúnmente fueron: traumatismo (56%), complicaciones de la diabetes (38%), cirugía optativa (36%), VIH-SIDA (20%), insuficiencia renal crónica (18%), cáncer (18 %), otras enfermedades crónicas (14%), enfermedad respiratoria (13%), mordedura de animales y deshidratación (7%), y trastornos psiquiátricos (4%).

Salud mental

El motivo del regreso es probablemente un factor importante en la salud mental de los migrantes que regresan. No es difícil imaginar que el regreso a México como resultado de una deportación, desempleo o por la necesidad de recibir atención médica conlleva a una actitud muy diferente que cuando el regreso es debido a la jubilación en el pueblo natal después de muchos años de trabajo productivo en los Estados Unidos. Mientras que en ambos casos se enfrentan a desafíos al reintegrarse en la sociedad mexicana, los migrantes que regresan por razones adversas tienen probablemente un mayor riesgo de problemas de salud mental y emocional. Por lo tanto, no es sorprendente que un análisis de la Encuesta Nacional de Adicciones de 2008 haya mostrado que, en general, los inmigrantes que fueron devueltos a México por parte de los Estados Unidos tuvieron un aumento de tres veces en el riesgo de intentos de suicidio planeados (Borges, Orozco, y Medina Mora, 2012).

Salud social

De manera similar a lo que ocurre con la salud mental, las condiciones en las que regresa el individuo a México tienen probablemente un impacto significativo en su salud social. Para los que regresan con recursos financieros, es fácil imaginar que la reinserción será más fácil.

Por otra parte, para aquellos que regresan sin haber cumplido sus objetivos económicos, el retorno probablemente lleva consigo sentimientos de frustración, así como estrés relacionados con las necesidades económicas. Como se mencionó anteriormente, el trabajo puede afectar la salud mental de manera positiva o negativa. En el caso de los jóvenes o adultos en edad de trabajar que regresan, probablemente uno de los pasos más importantes en el proceso de reinserción será insertarse en la vida laboral, ya sea mediante un empleo remunerado o continuando su educación. Moctezuma (2013) subraya las dificultades que los inmigrantes que regresan tienen para inscribirse en las escuelas en México, debido a la falta de documentos certificados (por ejemplo, actas de nacimiento, reportes de calificaciones y registros escolares), así como problemas académicos, tales como barreras del lenguaje y planes de estudio que no corresponden a los mexicanos. El autor propugna un proceso que tome en cuenta la realidad del migrante retornado y facilite la obtención de la documentación necesaria para continuar sus estudios.

Otro elemento fundamental para la salud y reinserción social de los inmigrantes que regresan es el familiar. Como se dijo anteriormente, muchos padres dejan a menudo a sus seres queridos cuando emigran para trabajar. Si bien esta estrategia puede haber funcionado para cubrir las necesidades materiales de sus dependientes, también es posible que los haya obligado a pasar muchos años de separación, con frecuencia durante los años formativos de sus hijos. No es difícil imaginar cómo la reunificación después de muchos años de separación puede ser difícil e incluso incómoda. Moctezuma (2013) también señala que recientemente ha habido un aumento significativo en el número de fami-

lias con niños que regresan a México. La salud social puede verse comprometida si algunos de los miembros de la familia no estaban de acuerdo con el regreso a México. Asimismo, si los niños nunca han vivido en México o no hablan bien el español, la transición a un nivel de vida diferente o limitaciones en las interacciones sociales debido a barreras lingüísticas y culturales puede afectar más la salud social.

Conclusión

El 11% de la población mexicana vive en los Estados Unidos y alrededor del 20% de todos los niños en México tienen, en un momento u otro, a un parente trabajando en ese país. Si añadimos a estas cifras el incremento en el número de mujeres que emigran a los Estados Unidos, así como el aumento en el flujo de inmigrantes que regresan a México después de haber trabajado en ese país, no es difícil ver que una gran cantidad de familias mexicanas se ven directamente afectadas por la migración dentro y fuera del país. Un mejor entendimiento de los patrones de migración y sus efectos, tanto positivos como negativos, sobre la salud de los migrantes y de sus familiares que se quedan, es esencial en la comprensión de los costos individuales y sociales de la inmigración. Esto a su vez contribuirá a mejorar las políticas de salud pública e intervenciones que ayuden a mejorar la salud física, mental y social de la población mexicana. Por último, este conocimiento puede proporcionar un contexto social para realizar intervenciones terapéuticas individuales y enfoques de trabajo social, los cuales intenten comprender y abordar los problemas de salud que muchos niños y adultos mexicanos enfrentan como consecuencia de la inmigración.

Referencias

- Abraido-Lanza, A. F., Chao, M. T., y Florez, K. R. (2005). Do healthy behaviors decline with greater acculturation? Implications for the Latino mortality paradox. *Social Science y Medicine*, 61 (6), 1243-1255.
- Acevedo-Garcia, D., Bates, L. M., Osypuk, T. L., y McArdle, N. (2010). The effect of immigrant generation and duration on self-rated health among US adults 2003-2007. [Soc Sci Med]. *Social Science y Medicine*, 71 (6), 1161-1172.
- Albers, J. T., Hudock, S. D., y Lowe, B. D. (2013). Residential building stakeholders' attitudes and beliefs regarding nail gun injury risks and prevention. *New Solutions*, 23 (4), 577-605.
- Antecol, H., y Bedard, K. (2006). Unhealthy assimilation: why do immigrants converge to American health status levels? *Demography*, 43 (2), 337-360.
- Antman, F. M. (2010). How does adult child migration affect the health of elderly parents left behind? Evidence from Mexico. *American Economic Review Papers and Proceedings*, 100 (2).
- Arcury, T. A., Rodriguez, G., Kearney, G. D., Arcury, J. T., y Quandt, S. A. (2014). Safety and injury characteristics of youth farmworkers in north Carolina: a pilot study. *J Agromedicine*, 19 (4), 354-363.
- Arcury, T. A., Summers, P., Carrillo, L., Grzywacz, J. G., Quandt, S. A., y Mills, T. H., 3rd. (2014). Occupational safety beliefs among Latino residential roofing workers. *Am J Ind Med*, 57 (6), 718-725.
- Arcury, T. A., Weir, M. M., Summers, P., Chen, H., Bailey, M., Wiggins, M. F. et al. (2012). Safety, security, hygiene and privacy in migrant farmworker housing. *New Solutions*, 22 (2), 153-173.
- Arenas-Monreal, L., Ruiz-Rodriguez, M., Bonilla-Fernandez, P., Valdez Santia- go, R., y Hernandez-Tezoquipa, I. (2013). Cambios alimenticios en mujeres morelenses migrantes a Estados Unidos *Salud Pública de México*, 55 (1), 35-42.
- Arenas, E., y Yahirun, J. (2011). Left behind: the effects of offspring's migration on parental mental health in Mexico. California Center for Population Research, University of California.
- Ayón, C., y Naddy, M. B. G. (2013). Latino immigrant families' social support networks: strengths and limitations during a time of stringent immigration legislation and economic insecurity. *Journal of Community Psychology*, 41 (3), 359-377.
- Baker, E., Altman, C. E., y Van Hook, J. (2010). International migration and child obesity in Mexican sending communities. Penn State Population Research Institute.
- Barker, R. L. (2003). *The social work dictionary* (5th ed.). Baltimore: NASW Press.
- Berk, M. L., y Schur, C. L. (2001). The effect of fear on access to care among undocumented Latino immigrants. *Journal of Immigrant Health*, 3 (3), 151-156.

- Bethel, J. W., y Schenker, M. B. (2005). Acculturation and smoking patterns among Hispanics: a review. *Am J Prev Med*, 29 (2), 143-148.
- Blustein, D. L. (2006). *The psychology of working: A new perspective for career development, counseling, and public policy*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Borges, G., Orozco, R., y Medina Mora, M. E. (2012). Indice de riesgo para el intento suicida en Mexico. *Salud Pública de México*, 54(6), 595-606.
- Braveman, P., Egerter, S., y Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: coming of age. *Annu Rev Public Health*, 32, 381-398.
- Brock, M., Northcraft-Baxter, L., Escoffery, C., y Greene, B. L. (2012). Musculoskeletal health in South Georgia farmworkers: a mixed methods study. *Work*, 43(2), 223-236.
- Caballero, M., Leyva-Flores, R., Ochoa-Marin, S. C., Zarco, A., y Guerrero, C. (2008). Las mujeres que se quedan: migracion e implicacion en los procesos de busqueda de atencion de servicios de salud. *Salud Pública de México*, 50(3), 241-250.
- Castaneda, H. (2009). Illegality as risk factor: a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. [Soc Sci Med]. *Social Science y Medicine*, 68 (8), 1552-1560.
- Centers for Disease Control and Prevention (2008). Work-related injury deaths among hispanics-United States, 1992-2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 57 (22), 597-600.
- Chakraborty, B. M., Mueller, W. H., Reeves, R., Poston, W. S., 2nd, Holscher, D. M., Quill, B. et al. (2003). Migration history, health behaviors, and cardiovascular disease risk factors in overweight Mexican-American women. *Ethn Dis*, 13(1), 94-108.
- Cho, Y., Frisbie, W. P., Hummer, R. A., y Rogers, R. G. (2004). Nativity, Duration of Residence, and the Health of Hispanic Adults in the United States1. *International Migration Review*, 38 (1), 184-211.
- Cleaveland, C. (2012). 'In this country, you suffer a lot': Undocumented Mexican immigrant experiences. *Qualitative Social Work*, 11 (6), 566-586.
- Cohn, D. V., Gonzalez-Barrera, A., y Cuddington, D. (2013). *Remittances to Latin America Recover-but Not to Mexico*. Washington, D.C: Pew Research Center.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report*. Geneva: World Health Organization.
- D'Emilio, A. L., Cordero, B., Bainvel, B., Skoog, C., Comini, D., Gough, J. et al. (2007). *The impact of international migration: children left behind in selected countries of Latin America and the Caribbean*. New York: United Nations Children's Fund.
- Davies, A. A., Basten, A., y Frattini, C. (2010). Migration: A social determinant of migrants' health. *Eurohealth*, 16 (1), 10-12.

- De Genova, N. P. (2002). Migrant "illegality" and deportability in everyday life. *Annu. Rev. Anthropol.*, 31, 419-447.
- Dong, X. S., Choi, S. D., Borchardt, J. G., Wang, X., y Largay, J. A. (2013). Fatal falls from roofs among U.S. construction workers. *J Safety Res*, 44, 17-24.
- Eggerth, D. E., DeLaney, S. C., Flynn, M. A., y Jacobson, C. J. (2012). Work Experiences of Latina Immigrants: A Qualitative Study. *Journal of Career Development*, 39(1), 13-30.
- Eggerth, D. E., y Flynn, M. A. (2013). Immigration and Stress. In P. Genkova, T. Ringeisen y F. T. Leong (Eds.), *Handbuch Stress und Kultur: interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven (Handbook of Stress and Culture: Intercultural and Cross-cultural Perspectives)* (pp. 343-359). Wiesbaden, Germany: Springer VS
- Escobar Latapi, A., Lowell, L., y Martin, S. (2013). *Binational dialogue on Mexican migrants in the US and in Mexico. Final report*. Georgetown University's Institute for the Study of International Migration (ISIM) and Center for Research in Social Anthropology (CIESAS).
- Flynn, M. A. (2010). *Undocumented status and the occupational lifeworlds of Latino immigrants in a time of political backlash: the workers' perspective*. University of Cincinnati, Cincinnati.
- Garcia Oramas, M. J., Ruiz Pimentel, S., y Ruiz Vallejo, S. (2011). Las que se quedan: género, migración y control social. *Les Cahiers ALHIM - Amérique Latine Histoire et Mémoire* 21.
- Gee, G. C., Ryan, A., Laflamme, D. J., y Holt, J. (2006). Self-reported discrimination and mental health status among African descendants, Mexican Americans, and other Latinos in the New Hampshire REACH 2010 Initiative: the added dimension of immigration. *Am J Public Health*, 96 (10), 1821-1828.
- Gonzalez-Block, M. A., y de la Sierra-de la Vega, L. A. (2011). Hospital utilization by Mexican migrants returning to Mexico due to health needs. *BMC Public Health*, 11, 241.
- Grzywacz, J. G., Arcury, T. A., Mora, D., Anderson, A. M., Chen, H., Rosenbaum, D. A. et al. (2012). Work organization and musculoskeletal health: clinical findings from immigrant Latino poultry processing and other manual workers. *J Occup Environ Med*, 54(8), 995-1001.
- Grzywacz, J. G., Quandt, S. A., Early, J., Tapia, J., Graham, C. N., y Arcury, T. A. (2006). Leaving family for work: ambivalence and mental health among Mexican migrant farmworker men. *J Immigr Minor Health*, 8(1), 85-97.
- Haxton, C. L., y Harknett, K. (2009). Racial and Gender Differences in Kin Support: A Mixed-Methods Study of African American and Hispanic Couples. *Journal of Family Issues*, 30(8), 1019-1040.
- Hildebrandt, N., y McKenzie, D. J. (2005). The effects of migration on child health in Mexico.

- Hovey, J. D., y King, C. A. (1997). Suicidality among acculturating Mexican Americans: current knowledge and directions for research. *Suicide Life Threat Behav*, 27(1), 92-103.
- Hudson, K. (2007). The new labor market segmentation: labor market dualism in the new economy. *Social Science Research*, 36, 286-312.
- Hutchinson, G., y Haasen, C. (2004). Migration and schizophrenia: the challenges for European psychiatry and implications for the future. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39(5), 350-357.
- Ingleby, D. (2012). Ethnicity, Migration and the 'Social Determinants of Health' Agenda. *Psychosocial Intervention*, 21 (3), 331-341.
- International Labor Organization. (2009). *International labour migration and employment in the Arab region: Origins, consequences and the way forward*. Paper presented at the Thematic Paper. Arab Employment Forum. Retrieved from http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---arabstates/---ro-beirut/documents/meetingdocument/wcms_208699.pdf
- Jones, L. K. (1996). A Harsh and Challenging World of Work: Implications for Counselors. *Journal of Counseling y Development*, 74(5), 453-459.
- Kanaiaupuni, S. M. (2000). Sustaining Families and Communities: Nonmigrant Women and Mexico-U.S. Migration Processes. Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin-Madison.
- Kanaiaupuni, S. M., y Donato, K. M. (1999). Migrant dollars and mortality: The effects of migration on infant survival in Mexico. *Demography*, 36(3), 339-353.
- Kelly, N., Glick, D., Kulbok, P., Clayton, L., y Rovnyak, V. (2012). Health status of migrant farmworkers in the Shenandoah Valley. *J Community Health Nurs*, 29(4), 214-224.
- Kochhar, R., Suro, R., y Tafoya, S. (2005). *The new Latino south: The context and consequences of rapid population growth*. Washington, DC: The Pew Charitable Trusts.
- Krieger, N., Waterman, P. D., Hartman, C., Bates, L. M., Stoddard, A. M., Quinn, M. M. et al. (2006). Social hazards on the job: workplace abuse, sexual harassment, and racial discrimination--a study of Black, Latino, and White low-income women and men workers in the United States. *Int J Health Serv*, 36(1), 51-85.
- Ku, L., y Matani, S. (2001). Left out: immigrants' access to health care and insurance. *Health Aff (Millwood)*, 20 (1), 247-256.
- Landsbergis, P. A., Grzywacz, J. G., y LaMontagne, A. D. (2014). Work organization, job insecurity, and occupational health disparities. *Am J Ind Med*, 57(5), 495-515.
- Lashuay, N., y Harrison, R. (2006). *Barriers to occupational health services for low-wage workers in California*. Oakland: California Department of Industrial Relations.

- Leong, F. T. L., Eggerth, D. E., y Flynn, M. A. (2014). A life course perspective on immigrant occupational health and well-being. In R. Sinclair y S. Leka (Eds.), *Contemporary Occupational Health Psychology* (Vol. 3). New York: Wiley-Blackwell.
- Lopez, L., y Golden, S. H. (2014). A new era in understanding diabetes disparities among U.S. Latinos--all are not equal. *Diabetes Care*, 37(8), 2081-2083.
- McCurdy, S. A., y Kwan, J. A. (2012). Agricultural injury risk among rural California public high school students: prospective results. *Am J Ind Med*, 55(7), 631-642.
- Menjivar, C. (1999). The Intersection of Work and Gender: Central American Immigrant Women and Employment in California. *American Behavioral Scientist*, 42(4), 601-627.
- Moctezuma, M. L. (2013). Alteridades sociales y familiares de la migración internacional de retorno a Mexico.. Estudios del Desarrollo de la Universidad Autónoma de Zacatecas.
- Motel, S., y Patten, E. (2012). Hispanic Origin Profiles, 2010. *Pew Research Hispanic Trends Project* Retrieved October 13, 2014, from <http://www.pewhispanic.org/2012/06/27/country-of-origin-profiles/>
- National Research Council. (2003). *Safety is seguridad: a workshop summary*. Washington, DC: National Academies Press.
- Nobles, J. (2007). *Parental migration and child health in Mexico*. Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America.
- O'Connor, T., Loomis, D., Runyan, C., Abboud dal Santo, J., y Schulman, M. (2005). Adequacy of health and safety training among young Latino construction workers. *J Occup Environ Med*, 47(3), 272-277.
- Okechukwu, C. A., Souza, K., Davis, K. D., y de Castro, A. B. (2014). Discrimination, harassment, abuse, and bullying in the workplace: contribution of workplace injustice to occupational health disparities. *Am J Ind Med*, 57(5), 573-586.
- Orrenius, P. M., y Zavodny, M. (2009). Do immigrants work in riskier jobs? *Demography*, 46(3), 535-551.
- Ortman, J. M., y Guarneri, C. E. (2009). *United States population projections: 2000 to 2050*. Washington, DC: U.S. Census Bureau.
- Passel, J. S., y Cohn, D. (2009). *A portrait of unauthorized immigrants in the United States*. Washington, DC: Pew Hispanic Center.
- Pechter, E., Azaroff, L. S., Lopez, I., y Goldstein-Gelb, M. (2009). Reducing hazardous cleaning product use: a collaborative effort. *Public Health Rep*, 124 Suppl 1, 45-52.
- Pew Hispanic Center. (2009). Mexican Immigrants in the United States, 2008. *Fact Sheet* Retrieved October 13, 2014, from <http://pewhispanic.org/files/factsheets/47.pdf>

- Pichardo-Geisinger, R., Mora, D. C., Newman, J. C., Arcury, T. A., Feldman, S. R., y Quandt, S. A. (2014). Comorbidity of tinea pedis and onychomycosis and evaluation of risk factors in Latino immigrant poultry processing and other manual laborers. *South Med J*, 107(6), 374-379.
- Pichardo-Geisinger, R., Munoz-Ali, D., Arcury, T. A., Blocker, J. N., Grzywacz, J. G., Mora, D. C. et al. (2013). Dermatologist-diagnosed skin diseases among immigrant Latino poultry processors and other manual workers in North Carolina, USA. *Int J Dermatol*, 52(11), 1342-1348.
- Pransky, G., Moshenberg, D., Benjamin, K., Portillo, S., Thackrey, J. L., y Hill-Fotouhi, C. (2002). Occupational risks and injuries in non-agricultural immigrant Latino workers. *Am J Ind Med*, 42(2), 117-123.
- Quandt, S. A., Jones, B. T., Talton, J. W., Whalley, L. E., Galvan, L., Vallejos, Q. M. et al. (2010). Heavy metals exposures among Mexican farmworkers in eastern North Carolina. *Environ Res*, 110(1), 83-88.
- Quandt, S. A., Newman, J. C., Pichardo-Geisinger, R., Mora, D. C., Chen, H., Feldman, S. R. et al. (2014). Self-reported skin symptoms and skin-related quality of life among Latino immigrant poultry processing and other manual workers. *Am J Ind Med*, 57(5), 605-614.
- Rogers, A. T. (2010). Exploring health beliefs and care-seeking behaviors of older USA-dwelling Mexicans and Mexican-Americans. *Ethn Health*, 15 (6), 581-599.
- Rogler, L. H. (1994). International migrations. A framework for directing research. *Am Psychol*, 49(8), 701-708.
- Ryo, E. (2013). Deciding to Cross: Norms and Economics of Unauthorized Migration. *American Sociological Review*, 78(4), 574-603.
- Sakala, C. (1987). Migrant and seasonal farmworkers in the United States: a review of health hazards, status, and policy. *Int Migr Rev*, 21(3), 659-687.
- Salgado de Snyder, N., Gonzalez-Vazquez, T., Infante-Xibille, C., Marquez-Serrano, M., Pelcastre-Villafuerte, B., y Servan-Mori, E. E. (2010). Servicios de salud en la Mixteca: utilizacion y condicion de afiliacion en hogares de migrantes y no-migrantes a EU. *Salud Pública de México*, 52(5), 424-431.
- Sandhu, D. S., y Asrabadi, B. R. (1994). Development of an Acculturative Stress Scale for International Students: preliminary findings. *Psychol Rep*, 75(1 Pt 2), 435-448.
- Schneiderman, N., Llabre, M., Cowie, C. C., Barnhart, J., Carnethon, M., Gallo, L. C. et al. (2014). Prevalence of diabetes among Hispanics/Latinos from diverse backgrounds: the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos (HCHS/SOL). *Diabetes Care*, 37(8), 2233-2239.
- Seicean, S., Neuhauser, D., Strohl, K., y Redline, S. (2011). An exploration of differences in sleep characteristics between Mexico-born US immigrants and other Americans to address the Hispanic Paradox. *Sleep*, 34 (8), 1021-1031.

- Shipp, E. M., Cooper, S. P., del Junco, D. J., Cooper, C. J., y Whitworth, R. E. (2013). Acute occupational injury among adolescent farmworkers from South Texas. *Inj Prev*, 19(4), 264-270.
- Silveira, E. R., y Ebrahim, S. (1998). Social determinants of psychiatric morbidity and well-being in immigrant elders and whites in east London. *Int J Geriatr Psychiatry*, 13(11), 801-812.
- Singh, G. K., y Siahpush, M. (2002). Ethnic-immigrant differentials in health behaviors, morbidity, and cause-specific mortality in the United States: an analysis of two national data bases. *Hum Biol*, 74(1), 83-109.
- Sirin, S. R., Ryce, P., Gupta, T., y Rogers-Sirin, L. (2013). The role of acculturative stress on mental health symptoms for immigrant adolescents: a longitudinal investigation. *Dev Psychol*, 49(4), 736-748.
- Smith-Nonini, S. (2003). Back to "The Jungle:" Processing migrants in North Carolina meatpacking plants. *Anthropology of Work Review*, 24(3-4), 14-20.
- Suarez-Orozco, C., y Suarez-Orozco, M. M. (2001). *Children of immigration*. Cambridge: Harvard University Press.
- Vega, W. A., Sribney, W. M., Aguilar-Gaxiola, S., y Kolody, B. (2004). 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among Mexican Americans: nativity, social assimilation, and age determinants. *J Nerv Ment Dis*, 192(8), 532-541.
- Walter, N., Bourgois, P., Margarita Loinaz, H., y Schillinger, D. (2002). Social context of work injury among undocumented day laborers in San Francisco. *J Gen Intern Med*, 17(3), 221-229.
- Wei, M., Heppner, P. P., Mallen, M. J., Ku, T.-Y., Liao, K. Y.-H., y Wu, T.-F. (2007). Acculturative stress, perfectionism, years in the United States, and depression among Chinese international students. *Journal of Counseling Psychology*, 54(4), 385-394.
- World Health Organization. (2014). Social Determinants of Health. Retrieved October 13, 2014, from http://www.who.int/social_determinants/en/

TSU

Trabajo
Social
UNAM

VII ÉPOCA **06**

mayo - agosto 2014 Ciudad de México

REVISTA DE LA ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
Universidad Nacional Autónoma de México



Migración

Javier Carreón
Coordinador