



Espacio Abierto
ISSN: 1315-0006
espacioabierto@serbi.luz.edu.ve
Universidad del Zulia
República Bolivariana de Venezuela

Eguiluz, Itzel
Experiencias sobre migración y salud de mujeres venezolanas en Ciudad de México
Espacio Abierto, vol. 32, núm. 2, 2023, -Junio, pp. 299-319
Universidad del Zulia
Maracaibo, República Bolivariana de Venezuela

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8075523>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12277961016>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la academia



ESPACIO ABIERTO

Cuaderno Venezolano de Sociología



En foco:

La Gobernanza Criminal y el Estado en Brasil y Venezuela

Auspiciada por la International Sociological Association (ISA)
y la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS).
Revista oficial de la Asociación Venezolana de Sociología (AVS)

Volumen 32
Nº 2
abril-junio, 2023

2



**ESPACIO
ABIERTO**

Cuaderno Venezolano de Sociología

Volumen 32 N° 2 (abril-junio) 2023, pp.299-319

ISSN 1315-0006. Depósito legal pp 199202zu44

DOI: 10.5281/zenodo.8075523

Experiencias sobre migración y salud de mujeres venezolanas en Ciudad de México

Itzel Eguiluz

Resumen

A través de una investigación cualitativa rápida se analizaron las experiencias sobre migración y salud de mujeres venezolanas migrantes jóvenes en Ciudad de México. Para tal fin, se realizaron entrevistas semiestructuradas virtuales, que consideraban un amplio espectro de experiencias migratorias de este grupo de mujeres: desde los trámites para la obtención de permisos hasta su acceso a los servicios sanitarios y el cuidado de su salud mental. A mayores, y como aportación novedosa, se aplicó la escala de salud del paciente PhQ-9, diseñada para conocer el posible nivel de depresión de la persona, y se evaluaron estresores y vulnerabilidades del Síndrome de Ulises con perspectiva de género. Las experiencias relatadas fueron diversas y las conclusiones extraídas del estudio son que estas mujeres sufren inestabilidad pese a la situación administrativa regular, debido a retrasos en trámites, entre otros; muestran una falta de acceso a servicios de salud, por desconocimiento o dificultad para pagarlo, sobre todo en el caso de la salud mental; la mayoría presenta estresores y vulnerabilidades por motivos migratorios que les generan malestares emocionales; y todas reconocen la importancia de atender su salud mental. Pero también plantean la necesidad de contar con servicios terapéuticos expertos en interculturalidad o dinámicas migratorias

Palabras clave: Mujeres; Venezuela; salud; Ciudad de México; migración

Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México. E-mail: im.eguiluz@gmail.com /
ORCID: 0000-0002-5240-3202

*Becaria del programa de becas posdoctorales de la Coordinación de Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México, en el Instituto de Investigaciones Económicas. Tutor Dr. Alejandro Méndez Rodríguez

Recibido: 30/09/2023 Aceptado: 05/03/2023

Experiences on migration and health of Venezuelan women in Mexico City

Abstract

Through rapid qualitative research, the experiences of young migrant Venezuelan women in Mexico City on migration and health were analyzed. To this end, virtual semi-structured interviews were conducted, which considered a wide spectrum of migratory experiences of this group of women: from the procedures to obtain permits to their access to health services and mental health care. For the elderly, and as a novel contribution, the PhQ-9 patient health scale was applied, designed to know the possible level of depression of the person, and stressors and vulnerabilities of the Ulysses Syndrome were evaluated with a gender perspective. The reported experiences were diverse and the conclusions drawn from the study are that these women suffer instability despite the regular administrative situation, due to delays in procedures, among others; they show a lack of access to health services, due to ignorance or difficulty in paying for it, especially in the case of mental health; the majority present stressors and vulnerabilities for migratory reasons that generate emotional discomfort; and they all recognize the importance of taking care of their mental health. But they also raise the need for expert therapeutic services in interculturality or migratory dynamics

Keywords: Women; Venezuela; Health; México City; Migration

Introducción

La migración y el género son transversales a la mayoría de los Objetivos del Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 (OIM, 2018). La desigualdad en salud para las personas migrantes presenta múltiples efectos, por ejemplo, según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), esta tiene una incidencia “...en el bienestar de los migrantes y las comunidades de acogida, socavan la consecución de los objetivos globales de salud. Deben entonces atenderse las desigualdades en salud de las personas migrantes, en este caso de las mujeres migrantes jóvenes”. Por ello, es fundamental preguntarnos cuáles son sus experiencias sobre migración y salud en el país de destino dado que sabemos de los retos que enfrentan las mujeres migrantes sobre atención a la salud, como pueden ser: conocer el nuevo sistema y las formas de acceso al mismo; lograr tener en ocasiones un riesgo al acercarse a los servicios de salud por la posibilidad que les soliciten documentos; costos de los servicios; miedo, ansiedad y desconocimiento de la ciudad en la que se encuentran.

Asimismo, existe un proceso de adaptación a las formas de atención médica, a los procesos culturales, a las nuevas construcciones sociales sobre la sexualidad y nuevas relaciones de poder que pueden tener un impacto en su salud sexual, reproductiva y mental. A pesar de ello, hay pocos estudios que contemplen la intersección entre la migración y la salud de las mujeres en Ciudad de México, uno de los pocos ejemplos es el trabajo sobre

mujeres hondureñas realizado por IMUMI y Fondo Semillas (Díaz Prieto et al., 2020). Otro trabajo, a destacar, que contempla el acceso a la salud de personas migrantes en Ciudad de México es el de María López Arellano realizado para Sin Fronteras. Así pues, pese a las investigaciones citadas resulta evidente que se conoce muy poco sobre las experiencias migratorias y de salud en Ciudad de México.

Por otro lado, la pandemia por COVID-19 trajo consigo dificultades en temas sanitarios y económicos. Entre las posibles consecuencias de la pandemia para las mujeres migrantes está la necesidad de buscar soluciones alternativas para completar sus trámites, terminar sus viajes o volver a sus países. También, la necesidad de búsqueda de acceso a la salud y una mayor incertidumbre sobre sus procesos migratorios.

Respecto a las personas migrantes en México, el colectivo venezolano es el tercero más numeroso, según el Censo 2020, con alrededor de 53 mil personas casi 5 veces más de las habitaban en el país en 2010. Siendo solo superado por Estados Unidos y Guatemala. Así mismo, se constata que la mayor parte de estas personas viven en Ciudad de México y son mujeres (INEGI, 25 de enero de 2021).

México no es uno de los principales destinos de la migración venezolana, sin embargo, sí se encuentra en uno de los primeros 10 países región con más población de origen venezolano registrada¹, con un estimado de 102 mil personas para diciembre del 2020 (ACNUR y OIM, 2021). Aun así, esta cifra es menos del 10 por ciento de la población registrada en países como Colombia o Perú, debido en parte a su distancia geográfica. Con todo, es un grupo que ha crecido sustancialmente en los últimos 10 años y al cual a partir de enero de 2022 se le requiere que disponga de una visa para viajar a México (“Visas para Extranjeros”, 2022).

Del total del colectivo registrado por el Censo 2020, casi 15 mil personas provenientes de Venezuela viven en Ciudad de México, de las cuales la mitad son mujeres (INEGI, s/f, s/f). De ellas alrededor de 1 667 tienen entre 20 y 29 años de edad. Las mujeres venezolanas en Ciudad de México habitan, sobre todo, en las alcaldías Benito Juárez, Miguel Hidalgo y Cuauhtémoc. Mientras que en alcaldías como Milpa Alta, Tláhuac y Xochimilco es casi nula su presencia (INEGI, 2021).

Según datos de ACNUR en torno al 50 por ciento de las personas de origen venezolano en México no cuentan con algún tipo de visado o permiso (R4v Plataforma de Coordinación Interagencial Para Refugiados y Migrantes de Venezuela 2021, 229) y aquellas en una situación regular, suelen experimentar una situación inestable. Sus itinerarios respecto al trámite de visados, permisos de trabajo e incluso tener un pasaporte vigente varían en el tiempo. En este sentido, muchas personas ingresan como turistas, aun contando con ofertas laborales en México, y después intentan regularizar sus documentos en el país (Gandini, Lozano Ascencio y Alfaro, 2019).

Atendiendo a esta realidad social, este texto se centra en responder a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las experiencias sobre migración y salud de mujeres venezolanas migrantes que viven en Ciudad de México? Bajo esta cuestión, la presente investigación permitió explorar las prácticas y experiencias sobre migración y salud, de las mujeres venezolanas migrantes adultas emergentes radicadas en Ciudad de México. Del mismo

1 Según el reporte de la Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes (R4V) este número es un estimado de la suma de refugiados, migrantes y solicitantes de asilo venezolanos reportado por el gobierno de México.

modo, ayudó a acercar el síndrome de Ulises, que es un grupo de herramientas que permiten evaluar los estresores y vulnerabilidades que viven las personas migrantes, a la realidad de las mujeres latinoamericanas que migran, siendo probable que encontremos situaciones distintas a las que se han descrito en la literatura, al respecto. Nos interesa, trasladar el síndrome de Ulises y sus estresores a conceptos como los malestares subjetivos, que describe Mabel Burín (2010), desde la narrativa de las mujeres. Asimismo, en el contexto mundial de la pandemia por SARS-CoV-2 la migración y la salud se tornan un punto focal de interés para los derechos humanos, sobre todo para el derecho a la salud, y de acuerdo a lo que se ha analizado en los diversos reportes de Lancet Migration, en especial en los reportes sobre México (Sedas et al., 2020) y América Latina es fundamental comprender las situaciones que viven las personas migrantes y emprender acciones para disminuir los riesgos y vulnerabilidades que se incrementan en tiempos de emergencia sanitaria.

Salud, migración y género

La relación entre la migración y la salud ha sido estudiada a través de diferentes metodologías y con poblaciones diversas, como personas que buscan solicitar el reconocimiento de la condición de refugiadas, migración de alta cualificación, estudiantes y personas que regresan a sus países de origen, entre otras. Es claro que las condiciones de riesgo y vulnerabilidad a las que se enfrentan las personas migrantes son múltiples y esto conlleva a que se realicen análisis específicos sobre sus necesidades y características.

En este sentido, el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos garantiza el acceso a la salud a todas las personas. Hasta el año 2019, el Seguro Popular en su normativa proporcionaba a las personas migrantes acceso a servicios de salud por un periodo de tiempo de hasta noventa días. A partir del 2020 con la entrada en funcionamiento del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) el posible acceso a servicios de salud para las personas migrantes se contemplaba tanto en el Programa Sectorial de Salud 2019-2024 como en el Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante. Por su parte, la Ley General de Salud en su artículo 77 bis 1, señala que:

“Todas las personas que se encuentren en el país que no cuenten con seguridad social tienen derecho a recibir de forma gratuita la prestación de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados, al momento de requerir la atención.” (Ley General de Salud, 2021).

Finalmente, en la Constitución Política de la Ciudad de México, artículo 9, sección D1, se menciona que:

“Toda persona tiene derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, con las mejores prácticas médicas, lo más avanzado del conocimiento científico y políticas activas de prevención, así como al acceso a servicios de salud de calidad. A nadie le será negada la atención médica de urgencia.” (Constitución Política de la Ciudad de México, 2017).

Por otro lado, sobre el acceso a la salud de las personas migrantes en el país, de acuerdo con los datos reflejados en el Censo 2020, el 45.7 % de las personas extranjeras en México no tiene un seguro de salud, mientras que para el porcentaje restante el IMSS es el primer tipo de seguro reportado con casi 42 %, seguido por los seguros privados con 23 % y el Seguro Popular lo reportan 22.4 % (Consejo Nacional de Población, 4 de marzo de 2021). Si comparamos estos datos con las tendencias sanitarias de la población general en

México, hallamos que esta última se atiende mayormente en el IMSS (31.6 %), y en menor proporción en Secretaría de Salud (28.8 %), por privado (16 %) y en consultorios anexos a farmacias (12.8 %) (INEGI, 2021).

Dentro de las principales necesidades que la plataforma para refugiados y migrantes de Venezuela menciona en su plan de acción 2021 para México se encuentra la asistencia médica. Asimismo, en el texto se subraya menciona que solo alrededor del 30 por ciento de las personas de origen venezolano dice tener acceso al Seguro Popular. Sin embargo, en dicho documento no se menciona uso o acceso a otros servicios de salud públicos o privados, ni tampoco hay una referencia mención diferencial al sexo o a la edad (R4v Plataforma de Coordinación Interagencial Para Refugiados y Migrantes de Venezuela 2021, 229).

Se sabe que *“las funciones, expectativas, relaciones y dinámicas de poder asociadas a hombres, mujeres, niños o niñas, inciden de manera significativa en todos los aspectos del proceso migratorio”* (OIM, 2015). Las mujeres migrantes viven inequidades estructurales debido a su género, las cuales las distinguen de los hombres y por lo que los riesgos y vulnerabilidades que enfrentan, desde las violencias estructurales, son diferentes. Debemos pues considerar al género como un determinante de la migración y viceversa. Si bien el género puede entenderse como los roles aprendidos y experimentados de forma diferenciada por hombres y mujeres, no solo implica normas y creencias institucionalizadas a través de construcciones sociales, sino también contextos y vivencias. Según Joan Scott *“el género es una categoría útil para el análisis porque nos obliga a historizar las formas en las cuales el sexo y la diferencia sexual han sido concebidos.”* (1996).

Por tanto, las políticas migratorias deben comprender al género como parte fundamental de sus procesos debido a que se sabe que el género forma parte de las relaciones de poder. Así mismo los estudios sobre migración deben ser analizados por género, no solo por sexo, es decir, que la intención no sea incluir a mujeres y hombres dentro de las personas participantes en los estudios de investigación, sino comprender y analizar sus construcciones sociales, de poder y vivencias para el completo ejercicio de los derechos.

Por lo demás, existen efectos psicosociales en la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes. En 2016, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (*Refugees' and migrants' reproductive health needs overlooked*, 2016) publicó una serie de situaciones urgentes de resolver para que las mujeres pudieran tener mejores circunstancias en los procesos de refugio o migración. Así, algunas dificultades con las que se encuentran las mujeres migrantes son acceso a productos sanitarios para la menstruación; anticonceptivos, anticonceptivos de emergencia y condones, los cuales pueden ser utilizados para evitar embarazos no deseados o en casos de violencia sexual y acceso a la interrupción legal del embarazo y la atención prenatal, parto y posparto.

Si indagamos sobre el binomio compuesto por la salud mental y la migración, Vilar Peyrí y Eibenschutz, indican que es posible que *“la migración por sí sola no es causa directa de deterioro de la salud mental; es la situación del empleo, las condiciones de vivienda, los acontecimientos traumáticos antes, durante y después de la migración, los motivos suficientes para conducir (por lo menos) a la angustia psicológica”* (2007). En ese sentido, el síndrome de Ulises se planteó cuando Joseba Achotegui describió el conjunto de estresores sociales que desarrollan las personas migrantes (Achetegui, 2006). Este autor ha explicado a lo largo de los años la relación entre la migración, los duelos y los diversos estresores que causan este síndrome, conjunto de sintomatologías que

afectan la vida de las personas antes, durante y después de migrar. Si bien es importante señalar que el síndrome de Ulises no es una enfermedad mental, según Achotegui, sino una manifestación específica de estrés crónico múltiple.

Se han realizado diversos estudios con personas migrantes con relación a dicho, la mayoría de ellos en España, pero también existen algunos ejemplos desarrollados en Japón y México. Sin embargo, es casi nula la presencia del género como marco que guíe en estos estudios, por lo que existe la necesidad de comenzar a pensar en este síndrome y su teorización, desde la mirada del género, aplicándolo al colectivo de mujeres latinas. En este sentido y tomando como primera idea la frase de la escritora española Carmen Losa: “Sal de Ítaca, Penélope. El mar también es tuyo’ pienso en que se debe reconfigurar la teoría para acercarla a la realidad que viven, que vivimos, las mujeres en América Latina. Por ejemplo, algunos capítulos del libro *La Odisea de Penélope. Feminización de las migraciones y derechos humanos* (Guerra Palmero, Pérez García, y Roldán Dávila 2017) abordan la migración de las mujeres como un acto transgresor y analizan los diversos riesgos y vulnerabilidades a las que se enfrentan en el país de origen, tránsito, destino o retorno.

Métodos

Se realizó una investigación cualitativa rápida para la cual utilizaron, como técnicas de levantamiento de datos, entrevistas semiestructuradas virtuales y el cuestionario PHQ-9, el cual es utilizado para conocer los posibles niveles de depresión a la que se enfrentan las mujeres. La investigación cualitativa rápida ha sido trabajada por diversos grupos de investigadores (Beebe, 2014; Vindrola-Padros y Johnson, 2020; Tricco et al., 2017; Watkins, 2017) para dar respuesta en emergencias sanitarias (Vindrola-Padros et al. 2020). Tiene sus principales fundamentos en reflexionar e iterar de forma focalizada los datos, por lo general se realiza en equipo.

Por su parte, los métodos de investigación cualitativa virtuales suman muchos años de trabajo metodológico, incluyendo la realización de entrevistas, grupos focales y etnografías virtuales (véase el trabajo realizado por Cecilia Vindrola y Ginger Johnson). No obstante, cabe mencionar que a raíz de la pandemia se han desarrollado importantes esfuerzos para poder realizar investigaciones cualitativas de forma segura. En este aspecto, Lupton (2020) elaboró una recopilación de diversas metodologías de forma emergente para poder realizar levantamiento de datos durante la pandemia.

Encuanto a la presente investigación, se llevaron a cabo 13 entrevistas semiestructuradas virtuales entre los meses de noviembre y diciembre del 2020. Para definir sus características y encontrar a las participantes, se utilizó un muestreo a propósito en cadena (Teddlie y Yu, 2007) que buscaba a mujeres de origen venezolano que tuvieran entre 18 y 30 años de edad que al momento de la entrevista vivieran en Ciudad de México, que es la ciudad en la que habitan la mayoría de las personas de origen venezolano en el país. Finalmente, se buscó que hubieran llegado a Ciudad de México, que, tal y como se expuso anteriormente, antes de febrero del 2020, debido a que los impactos por la pandemia de COVID-19 en México comenzaron a mediados de marzo de ese año.

El grupo de edad corresponde a la adultez emergente, teoría creada por Jeffrey Arnett a principios de la década pasada, comprende a las personas de entre 18 y 30 años de edad (Arnett, 2000; Arnett, Žukauskienė y Sugimura, 2014) que destaca que dicho periodo de

edad implica una serie de cambios como pueden ser de pareja, trabajo, estudios, viajes y, por ende, de procesos migratorios. Así pues, los conceptos de adultez emergente y los procesos migratorios se han estudiado desde diversos ángulos, considerando las razones del viaje y cuáles son las causas que promueven un desarrollo más positivo. Por consiguiente, a través de esta teoría ello podremos observar cómo las diferencias socioculturales impactan en las vivencias de las mujeres migrantes.

Para contar con un proceso formativo se utilizó una guía de entrevista, la cual contó con elementos básicos para las características demográficas de las entrevistadas y con preguntas temáticas lo suficientemente amplias para contener el discurso sobre la experiencia migratoria y temáticas de salud. Asimismo, se requirieron dos entrevistas piloto para corroborar que las guías fueran de utilidad y guiarán a la información buscada. En dichas entrevistas se valoró el medio en el cual se realizaron, que finalmente fue Zoom y se tomó en cuenta el valor de “la geografía de la entrevista”, es decir los impactos que pueda tener la realización virtual de la misma. Durante las entrevistas los videos estuvieron encendidos, sin embargo, sólo se grabó el audio de estas para su posterior transcripción. El material final fue más de 12 horas de entrevista, siendo la más larga de ellas de una hora con veinte minutos.

Antes de realizar la entrevista, a todas las mujeres se les explicó mediante un consentimiento informado las características del estudio para cumplir con los lineamientos éticos necesarios y se les solicitó su permiso de forma oral. Asimismo, todos los nombres se intercambiaron por otros y las entrevistas cuentan con un número clave para su identificación. Dadas las posibles implicaciones en la salud mental de las mujeres entrevistadas contaba con datos de contacto un grupo de terapeutas que están especializadas en temas migratorios.

Una vez que estuvieron transcritas las entrevistas se hizo una primera revisión en profundidad del texto sin codificar para crear a partir de las entrevistas con las mujeres, y sus correspondientes notas en diarios de campo, los primeros temas de análisis. El Síndrome de Ulises fue una herramienta empleada para observar cómo se entrelazan los diferentes elementos individuales y estructurales dentro de los contextos en los que las mujeres venezolanas vivieron estos procesos migratorios. Del mismo modo, la perspectiva de género ayudó a comprender las prácticas y experiencias de estas mujeres a partir de sus narrativas.

Para el análisis detallado de los datos se utilizó un análisis temático reflexivo (Braun y Clarke, 2019) apoyado con la codificación en el programa Nvivo. Este tipo de análisis permite relacionar las temáticas que se generan en las lecturas iniciales con los resultados de las entrevistas y el análisis, en este caso “*las temáticas son creadas de forma activa por la investigadora en la intersección de los datos, el proceso analítico y la subjetividad*” (Braun y Clark, 2019). Aunque tenía especial interés en temas sobre acceso a la salud y la salud mental, y se dirigió la entrevista en este sentido, durante las entrevistas se encontraron situaciones como el sentido de pertenencia, ciudadanía y la violencia de género que contribuyen de forma importante al análisis de los procesos migratorios de las mujeres venezolanas en Ciudad de México.

En cuanto al análisis sobre salud mental, este incluyó el uso del cuestionario sobre la salud del paciente escala PHQ-9 para la depresión y, también, se apoyó en la escala para comprender algunos estresores y vulnerabilidades del síndrome de Ulises que pudieran estar presentes. Ambos cuestionarios tienen relación con variables como edad, sexo, género

y tiempo de migración, entre otras y estos datos los presentó mediante su triangulación con las entrevistas. Es importante mencionar que parte fundamental de este proceso incluyó tomar en cuenta si estas escalas deben ser adaptadas a los contextos de las mujeres jóvenes migrantes.

Resultados y discusión

Los resultados de las entrevistas están divididos en dos secciones que concentran algunos de los principales temas construidos a partir de las entrevistas: experiencias migratorias y experiencias sobre salud. En primer lugar, se mencionan algunas de las principales características sociodemográficas de las 13 mujeres entrevistadas. Todas ellas tenían al menos estudios de licenciatura trunca y dos de ellas estudiaban o habían terminado la maestría. Sólo una de ellas vivía sola, una con su familia, dos con compañeras y compañeros de piso, la gran mayoría vivían con sus parejas, de las cuales, excepto una eran hombres, aunque dos de las mujeres entrevistadas se identificaron como bisexuales. Sólo dos de ellas tenían historia migratoria previa, en Estados Unidos y Colombia, y sólo una de ellas migró con su familia nuclear cuando tenía 15 años, muchas lo hicieron con sus parejas. Respecto a su religión, cinco de ellas se identificaron como católicas, en su mayoría habían crecido dentro de esta religión, pero no la practicaban o se sentían parte de un colectivo. Esta posible pérdida de las creencias religiosas puede asociarse a la etapa de vida, es decir a la adultez emergente, como lo describen en sus estudios Uecker, Regnerus y Vaaler (2013).

Ninguna de las entrevistadas ha tenido hijas o hijos, de hecho, al momento de la entrevista ninguna buscaba embarazarse y solo una de ellas relaciona su experiencia migratoria con su posible maternidad. El que ninguna de las mujeres hubiera tenido hijos o hijas o buscará embarazarse se relaciona con otros estudios sobre adultez emergente, en el que cada vez se retrasa para algunos grupos poblacionales la “adultez” la cual en un concepto tradicional implicaría la decisión de tener hijas o hijos (Facio y Micocci, s/f; Dutra-Thomé y Pereira 2017; Galambos y Loreto Martínez, 2007; Eguiluz, 2014)).

Como observamos al inicio la mayoría de las personas de origen venezolano en Ciudad de México habita en la alcaldía Benito Juárez o en la Miguel Hidalgo, lo que se refleja de forma parcial en este grupo en donde ocho de ellas habitan en la alcaldía Benito Juárez, dos en la Cuauhtémoc y el resto en otras partes de la ciudad. Finalmente, en su mayoría provenían de Caracas, en donde habían nacido o vivido antes de iniciar sus procesos migratorios (ver tabla 1).

Tabla 1. Características generales

Mujeres venezolanas	Edad	Edad migración	Escolaridad	Pareja	Religión	Seguro médico
Claudia	23	17	Licenciatura / estudiante	No	Agnóstica	GMM
Marcela	24	21	Licenciatura trunca	Sí	Ninguna	Sin seguro
Nélida	24	21	Maestría	Sí	Ninguna	Sin seguro

Cont... Tabla 1.

Fer	25	23	Licenciatura	Sí	Católica	Sin seguro
Ari	25	24	Licenciatura	Sí	Católica	Varia
Mónica	25	22	Licenciatura / estudiante	Sí	Ninguna	GMM
Cecilia	27	15	Licenciatura	Sí	Ninguna	GMM
Gabriela	27	24	Licenciatura / estudiante	Sí	Ninguna	Sin seguro
Alma	27	25	Licenciatura	No	Ninguna	IMSS
Frida	27	22	Licenciatura	Sí	Católica	GMM
Bárbara	28	17	Maestría trunca	Sí	Católica	Sin seguro
Edna	29	27	Licenciatura	Sí	Ninguna	IMSS
Dinorah	30	28	Licenciatura	Sí	Católica	Sin seguro

Experiencias migratorias

Las mujeres venezolanas entrevistadas son en general una población con recursos académicos, políticos y, en algunos casos, económicos, lo que coincide con los datos aportados por Sabrina Suárez y Alma Trejo (2018), así como en el realizado por Luciana Gandini *et al.* (2019). Estas características de una población de alta cualificación, podrían hacer pensar que no se viven riesgos o vulnerabilidades durante el proceso migratorio, ya que al migrar vía aérea e ingresar de forma regular, en su mayoría como turistas, se reflejan mejores condiciones de vida respecto a otros grupos migrantes, incluso desde Venezuela, sin embargo, siguen existiendo situaciones complejas a las que debe prestarse atención y que en ocasiones tienden a simplificarse (Syed, 2008), al conocerlas y analizarlas sus historias se vuelven visibles lo que contribuye a tener un mejor entendimiento sobre sus necesidades, incluso al realizar las entrevistas varias de las mujeres agradecieron que esta investigación las tomara en cuenta, debido a que sienten que en ocasiones se encuentran invisibilizadas.

Si bien, aunque indican migrar por diferentes razones, como buscar nuevas oportunidades de trabajo o estudios, en su mayoría la idea de salir de Venezuela surge por las condiciones sociopolíticas y económicas que vive su país. Aunque en lo personal no todas han tenido “tan malas” experiencias la búsqueda de trabajo es un medio para salir de Venezuela y buscar mejores oportunidades que no ven posibles en su país y que sí, en cambio, consideran que pueden empeorar.

Vivía sola, primero vivía con mi hermana, pero luego se fue del país. Me estresaba mucho de pasar más tiempo buscando insumos para vivir, como el papel toilet, o la comida básica en una fila de supermercado, que pues, haciendo cosas de la universidad. (Fer)

Pero son como esas pequeñas cosas del día a día en Venezuela que te da como -ay qué pesado-, no tener la disponibilidad de tener bolívares, sino tener que cambiar todo en dólares. Comprarse un Combo en McDonald era un problema gigante. O pagar, llegar a una estación de servicio y poner gasolina, era un problema gigante. Tener efectivo, dinero en efectivo, era un problema gigante. Quizás esos pequeños problemas, son los que me hicieron definir venir acá, no entiendo yo, sólo quiero tranquilidad y normalidad, y pensé en el escenario de migrar a dónde. (Edna)

Las decisiones sobre a qué país migrar se ven relacionadas con la red familiar que existe y la facilidad de obtener papeles, México no siempre se piensa como una primera opción para migrar, en ocasiones Colombia, Argentina u otro país sudamericano, en el que se tiene familia, resulta en principio como una opción más viable. Sin embargo, para ellas México resulta una opción en lo general porque ellas o su pareja consiguen trabajo, que no necesariamente un permiso de trabajo, otra razón es que se puede estar más tiempo con visado de turista que en otros países y para algunas pocas es una decisión relacionada con estudios.

Todas las mujeres entrevistadas entraron a México vía aérea, ya sea directamente de Venezuela, a diferencia de lo que encuentran Suárez y Trejo (2018), pero similar a lo que encuentran Gandini et al. (2019), sólo dos de ellas tenían experiencia migratoria previa, en Colombia y Estados Unidos.

Al momento de migrar muchas de ellas se han encontrado con una realidad diferente a lo que esperaban como trabajos que resultan precarios, problemas para tramitar su visa de trabajo o incluso perder dicha visa porque la empresa que la tramitó no tenía su documentación legal en orden. Como se puede leer al inicio de este texto existe un importante número de personas de origen venezolano en México con la condición de refugiadas, sin embargo, sólo una de las mujeres que entrevisté inició un proceso de solicitud de asilo después de que habían venido a México por trabajo y la empresa finalmente no pudo hacer el trámite de permiso. Solicitar refugio parecía una opción para regularizar su situación en México, le fue denegado en una primera ocasión y su segundo intento llevaba cerca de un año sin haber sido resuelto al momento de la entrevista.

Supimos de la figura de refugio como mes y medio después de haber llegado, de verdad no teníamos idea que se podía pedir refugio. [...] No pedimos refugio y en el momento vimos que se cayó el trámite porque no tenía los requerimientos suficientes para contratar extranjeros e intentamos pedir refugio, obviamente nos lo negaron porque teníamos demasiado tiempo desde que llegamos hasta que pedimos refugio y no teníamos justificación. [...] Busqué asesoría, como unos 10-11 meses después de la segunda entrada al país que tuve con una asociación para migrantes. [...] Ahí solicité refugio y de eso fue en más o menos diciembre de 2019. Ya para ahorita tiene un mes que tuve mi segunda entrevista y ahorita estoy esperando a que me den solución negativa o positiva a mi trámite de refugio. (Marcela)

Por otro lado, cuando se presenta una situación como la de Fer en la que la empresa en la que trabajaba le tramitó el permiso de trabajo, sin embargo, al regresar de un viaje a Venezuela la detuvieron en el aeropuerto con una alerta migratoria debido a que “la empresa con la que estoy tiene problemas legales o algo así”. Intentó entrar por diferentes vías a México después de ello, su novio que estaba en el país le ayudaba con trámites legales, sin embargo, después de mucho intentar logró entrar de forma irregular, le han dicho que

una solicitud de asilo parece la única respuesta para regularizar su situación, pero Fer no lo ve como opción quiere poder viajar y poder volver a Venezuela, lo cual se torna muy importante porque su mamá está enferma:

...como no estoy regulada acá, no puedo buscar trabajo, ¿sabes? Hay gente que ha buscado tres trabajos. La opción que me ofrecieron era pedir asilo. Y les dije que no lo iba hacer. Estoy negada a no poder volver a Venezuela, a no poder volver a ver a mi familia; a depender de que yo me tenga que traer a mi mamá y yo no pueda viajar por el mundo porque estoy en X situación. (Fer)

Para aquellas mujeres que dejaron familia, sobre todo abuelas y abuelos, la distancia se vuelve compleja, sobre todo durante la pandemia, ya que al cierre de fronteras varias de ellas tenían planes de viajar a Venezuela. Algunas vivieron la muerte de sus familiares durante el confinamiento, aunque no debido a la COVID-19, sin embargo, el estar lejos y tratar de enviar medicamentos o comida a la distancia fue un estresor importante durante este tiempo: *“había adoptado como la responsabilidad de enviarles por lo menos verduras a mis abuelos”* (Nélida). Esta situación implica la sensación de responsabilidad por aquellas personas que se quedan, enviar dinero a las hermanas pequeñas, a las abuelas, a la familia y cuando no lo logran les es complejo aceptarlo, ya que algunas de ellas vivieron falta de alimentos, internet o apagones. Su llegada a México la relacionan con un mundo en el que es posible elegir y comprar, aunque los salarios no sean altos la posibilidad existe.

Si bien algunas de ellas tenían pensado volver, la mayoría solo piensa hacerlo de forma temporal. En efecto, muchas dicen que no piensan regresar, al menos en el corto plazo el racional está en que los lugares ya no existen y las personas ya no están, no hay a dónde volver, lo que se traslapa con un sentido de identidad.

Las entrevistas se realizaron durante uno de los momentos en que más casos existían de COVID-19 en Ciudad de México. Así que la pandemia por COVID-19, estuvo presente durante las entrevistas y fue un factor que por diversas razones tuvo impacto en las mujeres entrevistadas. Una de ellas la preocupación por sus familias en Venezuela, otra el no poder viajar cuando así lo habían planeado y la tercera enfrentarse a quedarse sin trabajo o con menor salario. Asimismo, para algunas de ellas implicó retrasos en el trámite de documentación migratoria o de sus pasaportes, como sucedió en muchos de los casos de trámites migratorios que iniciaron ante el Instituto Nacional de Migración o la Comisión Mexicana de Apoyo a Refugiados durante el 2020 y que tiene implicaciones no solo económicas, sino para la salud mental (Jiménez, 05 de septiembre 2021).

Al respecto, la documentación es un tema complejo para las personas venezolanas, ya que los trámites de renovación de pasaportes suelen ser caros y largos (Gandini, Lozano Ascencio y Prieto, 2019). Esto les deja en un estado de mayor vulnerabilidad, ya que no cuentan con identificaciones para realizar ciertos trámites: *“mientras no esté regular en el país, no voy a dejar de estar ansiosa”*, dice Fer. La situación de tener la documentación vigente y en regla suele generar uno de los principales estresores de las mujeres venezolanas en Ciudad de México, incluso cuando puedan estar en una situación regular para México. Pues repercute en, no poder tener acceso a una cuenta bancaria o a registrarse en la salud pública como el IMSS de manera sencilla, lo que conduce a un el sentimiento de vulnerabilidad.

Realmente en 2013 era muy fácil obtener el seguro social; y obtener la cuenta de banco. Ahorita ya no. Esa es una de las quejas que hemos tenido como comunidad

que no nos dejen, a los nuevos, abrir cuentas de banco si no tienen un pasaporte vigente. Y de hecho los bancos te piden doble identificación. Este tipo de cosas son complicadas, y de hecho mientras sigas hablando con gente, te vas dando cuenta que el proceso es horrible, horrible, horrible. (Bárbara)

[...] tardé más o menos año y medio en entrar en regularización antes de eso estaba completamente irregular, todo en efectivo. [...] Sí, que no contaba como documento de identificación y que mi pasaporte oficialmente estaba vencido y no contaba. No quise formar un problema porque no me gusta, no me gusta andar diciendo no que entonces no. Me decidí ir a otro banco y en Bancomer si me aceptaron la prórroga y tuve mi primera cuenta de banco normal. (Marcela)

Este tipo de dificultades para renovar u obtener un pasaporte, también se observa en otras investigaciones sobre la población de origen venezolano en diferentes países latinoamericanos, como mencionan Gandini et al. (2019, 28) y que también se presenta en el libro *El éxodo venezolano: entre el exilio y la emigración* que contempla experiencias de varios países como Colombia, México y Perú. Sin embargo, fuera de las menciones específicas no se profundiza en el impacto que estas situaciones pueden tener en los malestares emocionales de las mujeres. No obstante, a partir de estas entrevistas se ve claramente que es un estresor complicado para ellas. No solo como un factor que tiene un impacto emocional, sino en cuanto a la pérdida de derechos y ciudadanía que conlleva al proceso migratorio.

Experiencias generales de salud

En general, la percepción sobre el estado de salud es buena. Sin embargo, la mayoría de las mujeres entrevistadas tienen un desconocimiento general sobre a dónde acudir o sobre cómo funciona el acceso a la salud en el país. Sobre todo, en lo que se refiere al IMSS o algún otro servicio público de salud al que pocas de ellas tienen posibilidad de acudir, recordemos que sólo dos de ellas refieren tener IMSS y tres de ellas acceso a un seguro de gastos médicos mayores. A pesar de que sólo dos de ellas referían tener acceso al IMSS, la experiencia de Edna resume tanto el desconocimiento del uso del sistema de salud, la importancia de las redes y del acceso a la salud gratuita y de calidad:

Dije: No tengo ni idea, no sé a dónde ir, a qué médico buscar. Y al llegar a la oficina, todo mundo se dio cuenta y me preguntaron “qué te pasó”, y les dije que me caí, y no sé qué... de ahí, fue la misma oficina mexicana, me dijeron “Ve al IMSS”. Y les dije que: “no tengo plata para eso”. Y me dijeron que era gratis “y tú lo tienes por el trabajo”; y les pregunté, “¿Estoy suscrita al IMSS?” “Sí.” “¿Y yo puedo ir?” “Sí.” Bueno está bien, me voy.” Y fui al IMSS y me atendieron muy bien. (Edna)

Es claro que cuando se requiere atención médica todas cuentan con recursos para encontrarla, en su mayoría la atención a la que han acudido ya sea pública o privada, se deriva de sus redes, ya sean amistades o colegas de trabajo. Llama la atención, que al igual que sucede en la población general (INEGI, 2021) y lo encontrado en el estudio de López Arellano (2014), varias de ellas encuentran una solución para los problemas de salud más comunes en los consultorios adjuntos a farmacias, sobre todo porque la mitad de las mujeres entrevistadas no cuenta con un seguro médico, ya sea público o privado.

P: ¿Has ido al médico en algún momento? R: Sí, al médico de la Farmacias del Ahorro o de San Pablo. Tuve que ir en varias oportunidades. Cuando llegué

me enfermé muchísimo de la garganta. Me enfermé como cada tres meses de la garganta, muy fuerte. Y pues fui a San Pablo y me dieron antibiótico. Y luego en el año anterior me dieron dos o tres veces infecciones de orina y lo resolvía de la misma forma que era como la más rápida. Iba a la farmacia, me veían, me mandaban las medicinas, y me funcionó. (Dinorah)

Para algunas que se encontraban en medio de trámites de migración, como cambiar estatus de turista a trabajo o estudios y no tenían claridad sobre cómo funcionan los servicios de salud o no sabían a dónde acudir en caso de necesitarlo la pandemia intensificó esta situación como un estresor:

Cuando salió todo lo de COVID-19, sí fue una súper preocupación pensar, “¿qué pasa si a mí me da COVID?”. Es grave y tengo que pagar alguna cosa médica. ¿Si atenderán a alguien que esté de turista? Y luego cuando se me venció mi FM de turista. Si yo voy y esta gente se da cuenta que tengo más días, ¿le hablan al INM [Instituto Nacional de Migración]?, ¿o qué pasa? Esto no es la migra en Estados Unidos, seguramente no va a ser así, pero sí va a ser un proceso incómodo. Pero si había mucha preocupación, cuando recién empezó el COVID-19. (Gabriela)

Por lo general, el acudir a servicios preventivos de salud, como atención ginecológica o dental, no es una prioridad. En ocasiones, por el costo que implica o por el estrés que supone no tener una identificación vigente.

No, no he ido. Está mal yo sé. Justo antes de irnos. Fui tres días antes de venirme, y como cumplí el año, tengo que ir, pero todavía no sé mucho a dónde ir, cuál es recomendable y tal. No lo he hecho. (Ari)

En diciembre del año pasado... ah sí, no necesitaba, necesitaba, pero sí había dejado pasar ciertas cosas, como no haber ido a un odontólogo en cuatro años. Súper aterrada, porque decía, me van a decir que tengo un montón de caries. (Gabriela)

Sin embargo, aquellas que acuden suelen hacerlo con personal médico privado, aun cuando les parezca caro y difícil de pagar. También, encuentran a estas médicas y médicos por recomendaciones personales de su red ya sea personal o laboral.

Las personas que me han pasado como números, bueno amigas que me han pasado números como de ginecólogas, pues excede como lo que yo llamaría como una tasa a la que puedo acceder, o sea, la situación es costosa, entonces es como una planificación que tengo que hacer, no solamente como emocional sino también financiera. (Nélida)

En aquellas mujeres que han podido y que siguen queriendo volver a Venezuela es común que prefieran que el seguimiento ginecológico o de otros padecimientos los siga viendo el mismo personal médico que tenían. Sobre todo, se refiere a un tema de confianza de ellas e incluso de sus madres. Esto es similar a lo que se observa sobre la preferencia por el personal médico del país de origen en otros estudios (Eguiluz 2016; Nigenda y Ruiz-Larios 2009). Sin embargo, dicha cuestión se torna problemática para la correcta prevención en salud cuando no se puede volver, ya que entonces se posterga la revisión o atención preventiva.

El Síndrome de Ulises y la salud mental

Para abordar las temáticas sobre salud mental en esta investigación se utilizó la escala PHQ-9 de salud del paciente la cual es auxiliar para conocer el posible nivel de depresión que padecen las personas. Esta escala se ha probado en población latinoamericana y migrante (Baader, et al. 2012; Moya et al., 2016). Asimismo, se usó un acercamiento a los duelos y estresores que plantea el síndrome de Ulises (Achotegui, 2010) y algunas preguntas clave durante la entrevista sobre el acceso y uso de la atención en salud mental.

En su mayoría los resultados para la escala PHQ-9² son positivos (véase tabla 2). Excepto dos de las entrevistadas todas tienen resultados sugeridos de depresión ninguna o de mínima a leve, sólo dos de las participantes se encuentran en un nivel posible de depresión moderado. Al analizar estos resultados en conjunto con el síndrome Ulises se confirma que, aunque las mujeres entrevistadas muestran estresores y vulnerabilidades³ incluso extremos, sus resultados en la escala PHQ-9 son positivos y no existiría la necesidad de medicalizar o patologizar su proceso migratorio. Sin embargo, no debe dejar de darse la importancia necesaria a sus experiencias y malestares emocionales.

Tabla 2. Resultados escala PHQ-9

Nombre	Escala PHQ-9
Claudia	4
Marcela	4
Nélida	10
Fer	7
Ari	2
Mónica	9
Cecilia	12
Gabriela	4
Alma	9
Frida	3
Bárbara	4
Edna	2
Dinorah	4

2 Los resultados de la escala PHQ-9 se establecen del siguiente modo: 0-4 puntos, nivel de depresión sugerido ninguno o mínimo; 5-9 puntos, nivel de depresión sugerido leve; 10-14 puntos, nivel de depresión sugerido moderado; 15-19 puntos, nivel de depresión sugerido moderadamente severo; 20-27 puntos, nivel de depresión sugerido grave.

3 Los estresores y las vulnerabilidades de la escala de Ulises se establecen como: simple, complicado o extremo.

Con relación al síndrome de Ulises, uno de los principales estresores que viven las mujeres venezolanas entrevistadas es el machismo, la violencia de género que existe en México. La cual ellas observan como diferente al que se vive en Venezuela. Debido al machismo, muchas han cambiado su forma de vestir, la forma en la que se mueven e incluso su comunicación con parejas y familia, a fin de sentirse más seguras cuando están solas.

Lo que sí me ha pegado, lo vulnerable que me siento como mujer, si me siento muy insegura, muy vulnerable. El tema del machismo me pega mucho. No me siento segura. Siento que el hombre aquí es diferente. Nunca lo viví en Venezuela, ni lo viví en Colombia; aquí creo que es, no sé, es un tema; es diferente la forma en la que te hablan; en la que se dirigen hacia a ti, como más sádico, más... no sé qué es, pero me da un poco de miedo. Eso creo que sí es lo único que me ha pegado de México, porque sí lo vivo todos los días. (Frida)

Otra de las situaciones que viven no sólo es la percepción general de la violencia en México, desde aquellas que trabajan en organizaciones de la sociedad civil, se identifican como feministas o que tienen información sobre feminicidios y desapariciones de mujeres debido a la violencia de género, sino que la sensación de inseguridad se desprende de la idea que muchas personas en México tienen sobre cómo es una mujer venezolana, tanto físicamente como en su comportamiento. Aunque en ocasiones no lo declaran un estresor en su mayoría si les hace sentir más vulnerable. Dicha situación poco abordada en México ha sido tema de estudio en otros países, como Colombia (Ortiz Acevedo, 2021), sobre todo teniendo en cuenta el posible impacto de los medios de comunicación en la difusión de estereotipos y violencias.

Te juro que lo que más me enerva la vida, es que un tipo macho y horroroso, me diga, “oye, las venezolanas son amigas ¿no?” Me estresa, me enerva; me pone de malas, me arruina el día. Y pues las personas que ya me van conociendo poquito a poco, saben que eso es lo que más me pone al xxxx, o sea literal, la última vez que me dijeron esa frase, tal cual te la acabo de decir, lo golpee. De verdad, aunque tuvieras amiga de ese tipo, jamás lo haría. (Bárbara)

Este tipo de estresor no se refleja de forma clara en la escala de Vulnerabilidad y Estresores del síndrome (Achotegui, 2010), así como no hay una perspectiva de género clara para realizar la evaluación de los duelos. Por lo que la perspectiva del síndrome de Ulises fue útil para guiar esta investigación, aunque se detectan ciertas características que se requieren evaluar, la primera la perspectiva de género, la orientación que lleva a la medicalización y la lectura más tradicional de la migración y su relación con la familia, lo cual ya ha sido cuestionado en otras investigaciones (Meñaca, 2006).

Por último, cabe destacar que casi todas las entrevistadas tienen experiencia tomando terapia profesional, ya sea en Venezuela o en México, sin embargo, hay dos situaciones que han modificado estos comportamientos a partir de haber salido de Venezuela. La primera corresponde a no sentirse comprendidas por terapeutas que no tienen una capacitación o conocimiento sobre la migración y sus significados o una capacitación sobre interculturalidad a través de la cual puedan comprender las diferencias entre los países: “no voy a decir que todos los migrantes necesitan un psicólogo que sea de su misma nacionalidad, pero sí un psicólogo que tenga experiencia con dinámicas de migración.” comenta Gabriela. En este sentido el trabajo que realizan organizaciones como el Instituto

Latinoamericano de Estudios de la Familia A.C. (ILEF)⁴ a través del grupo de trabajo Ximbal deben retomarse y hacerse más visibles para que existan mayores posibilidades para este grupo de personas. La segunda situación a la que se enfrentan es similar a otros servicios de salud: saber que se requiere terapia y acompañamiento y no poder asumir el costo. Lo que resulta en un doble estresor una barrera para el acceso a la salud, similar a la situación de otras personas migrantes en Ciudad de México (López Arellano, 2014) y probablemente del país.

Cree que debe ir, pero no entra en la lista de gastos de la quincena, es que digamos entre la lista de gastos que tenga a la quincena, no meto ese tipo de salud, aunque sé que es súper importante y necesito hacerlo y no he tenido la posibilidad de hacerlo ahorita. (Cecilia)

Lo retomé en cuanto me vine para acá, contraté a la última psicóloga que tuve en Venezuela y le dije mira acabo de migrar te puedo ver online, te pago por PayPal, y al final lo hicimos. Yo estuve un tiempo reuniéndome con ella, pero dejé de verla porque al parecer PayPal México tuvo unas restricciones y ya me era difícil pagarle. Además, el cambio de horario, porque mi psicóloga se fue de Venezuela a España. [...] Y entonces ella me dijo, “mira te voy a dar el número de una psicóloga venezolana que vive en México”. Pero yo nunca la llamé, porque además vino la pandemia, vino el estar apretado económicamente, yo dije cuánto me costará esta persona. Pero justamente la contacté la semana pasada, y tengo mi primera consulta mañana. (Alma)

Algunas de estas mujeres buscan la atención terapéutica para resolver temas de ansiedad o estrés generados no solo por el proceso migratorio, sino por la pandemia. Si bien, consideran que sus redes de familia, pareja y amistades han sido lo que más les ha ayudado a salir adelante en su proceso migratorio viviendo en Ciudad de México. Sin embargo, es claro que el duelo provocado por el país (por la tierra dice la escala de Ulises); por el grupo de pertenencia el cual se ha disuelto; por el estatus social, tan sencillo y complejo como tener una identificación vigente; pero sobre todo el sentimiento de culpa que deja el duelo a la distancia, se torna un factor agravante que provoca malestares emocionales que necesitan trabajarse de forma adecuada.

Era un proceso que había que resolver. Es para manejar muchas cosas de culpa, y en donde son cosas que de repente tú te estás comiendo una hamburguesa, y piensas por qué mis papás no se pueden estar comiendo esto mismo. [...] Que no es lo mismo, estar en México con los papeles que sin documentación. Es un estado que no se lo recomiendo a nadie, sobre todo cuando la gente, tú dices “una persona indocumentada”, y lo que se viene a tu cabeza, son unos niños en un campo en Siria. No una persona que es la consultora que te va a ayudar a montar la nueva estrategia de tu Non Profit. Que sea esa persona que tiene este trabajo súper chido. También hay personajes indocumentados que son de esa manera. Estos imaginarios de cómo lucen los migrantes, afectan a cómo te trata la gente. (Gabriela)

El trabajo de los malestares emocionales (Burin, 2010) es necesario para revisar (y evitar) que puedan agravarse y que las mujeres puedan identificar las situaciones que están viviendo y así poder preservar (y fortalecer) su salud mental, considerando los diversos

4 ILEF: <https://www.ilef.com.mx/ximbal-grupo-de-apoyo-psicoterapeutico-a-migrantes-por-violencia/>

contextos y determinantes a los que se enfrentan como mujeres migrantes, aunadas a las condiciones de género como los paradigmas de cuidados, sexualidad o trabajo.

Conclusiones

Las experiencias migratorias de estas mujeres venezolanas en Ciudad de México, por lo general, fueron positivas, aunque no estuvieron exentas de diversas dificultades que se analizaron a lo largo del artículo, como la documentación, los malestares emocionales, el desconocimiento del sistema de salud y la dificultad para pagar servicios de salud privados, especialmente sobre todo los servicios de salud mental.

Si bien este grupo de personas suele contar con documentación, es decir tiene una situación regular en el país, la vigencia de esta es variable. Dicha variabilidad se debe a los trámites migratorios que realizan las empresas, a los obstáculos para renovar su pasaporte o a los tiempos que tardan los trámites, por mencionar algunas situaciones. Esta inestabilidad, que se acentuó durante los meses más complejos de la pandemia, les coloca en una situación de vulnerabilidad mayor, incluso pensando en sus características individuales relativas al grado de estudios, trabajos o redes personales.

Asimismo, se encontró que en el caso de este grupo de mujeres tener documentos y una residencia regular, ello no significa tener acceso a la salud de forma pública y gratuita. En efecto, sus experiencias muestran diversas barreras para el acceso, retrasos en consultas preventivas y ansiedad por la posibilidad de requerir el servicio. Son necesarios programas que posibiliten la asistencia terapéutica en salud mental adecuada a las personas migrantes que no pertenecen a poblaciones en tránsito, sino que se establecen en el país, en este caso en Ciudad de México, y que tienen características y necesidades diferentes, como las que he mostrado. Además de humanizar la atención sanitaria que reciben, atendiendo las situaciones emocionales de duelo, desarraigo y desamparo que tienden a experimentar los colectivos migrantes. Situaciones que, como he expuesto, se perciben diferentes en función del género.

No se conoce aún la actualización de los cambios que se están realizando a los servicios de salud en el país, sin embargo, de acuerdo con la última legislación conocida, tanto a nivel nacional como en Ciudad de México, la salud es un derecho para todas las personas. Pero, aunque el derecho a la salud este legislado, faltan información y recursos para que las personas migrantes residentes en esta ciudad puedan acceder de forma más adecuada a los servicios de salud. Y especialmente en lo referente a la salud mental, evitar que estas personas experimenten situaciones de vulnerabilidad y riesgos de padecer el síndrome de Ulises.

En líneas generales, sabemos muy poco sobre las experiencias y vivencias de las personas migrantes que habitan en Ciudad de México, sobre sus necesidades, acceso a la salud y las barreras a las que se enfrentan debido a su condición migratoria. Por ello, es necesario realizar investigaciones con personas de diversas nacionalidades y situaciones migratorias (regulares o irregulares, personas refugiadas o personas de alta cualificación, entre otras) para poder dar respuestas adecuadas y crear políticas públicas y sociales que consideren las necesidades reales y valoren sus experiencias como migrantes.

Por último, cabe señalar que muchos de los temas aquí mostrados no sólo corresponden a la experiencia migratoria de las mujeres venezolanas en la ciudad, sino que responden a los imaginarios y comportamientos de quienes las recibimos en diversos espacios

(laborales, educativos, sanitarios, sociales o de servicios), a cómo compartimos dichas experiencias, a cómo les percibimos y a qué hacemos para tener una mejor interacción desde la interculturalidad, un tema que será cada día más necesario plantearnos dado el aumento de personas migrantes que viven en nuestro país.

Referencias

ACHOTEGUI, J. (2006) “Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante.” **Migraciones**. Nro. 19, 59–85.

ACHOTEGUI, J. (2010) **Cómo evaluar el estrés y el duelo migratorio. Escalas de evaluación de factores de riesgo en la migración. Aplicación al estrés y el duelo migratorio (Escala Ulises)**. 2a ed. España: El mundo de la mente.

Consultado el 11/11/2021.

ARNETT, JJ. (2000) “Emerging Adulthood: A Theory of Development from the Late Teens through the Twenties”. **The American Psychologist** Volumen 55, Nro. 5 469–80.

ARNETT, JJ., ŽUKAUSKIENĖ R. y SUGIMURA, K. (2014) “The New Life Stage of Emerging Adulthood at Ages 18-29 Years: Implications for Mental Health”. **The Lancet. Psychiatry** Volumen 1, Nro. 7 569–76. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00080-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7).

BAADER M., MOLINA JL., VENEZIAN B. S., ROJAS C., FARÍAS R., FIERRO-FREIXENET C., BACKENSTRASS M., Y MUNDT C. (2012) “Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile”. **Revista chilena de neuro-psiquiatría** Volumen 50, Nro. 1 10–22. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272012000100002>.

BEEBE J. (2014) **Rapid Qualitative Inquiry: A Field Guide to Team-Based Assessment**. Rowman & Littlefield.

BRAUN V. y CLARKE V. (2019) “Reflecting on reflexive thematic analysis”. **Qualitative Research in Sport, Exercise and Health** Volumen 11, Nro. 4 589–97. Disponible en <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>.

BURIN, M. (2010) “Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina”. Disponible en: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1. Consultado el 28/08/22

DÍAZ PRIETO G., RIVERA ZÚÑIGA R., MEJÍA MARTÍNEZ S., ALVARES RODRÍGUEZ E. e IMUMI (2020) **Adolescentes y jóvenes hondureñas en México: una mirada exploratoria sobre sus necesidades y acceso a derechos**. Editado por Gretchen Kuhner. Fondo Semillas, IMUMI. disponible en <https://imumi.org/wp-content/uploads/2020/07/Adolescentes-y-j%C3%B3venes-hondure%C3%B1as-en-M%C3%A9xico-una-mirada-exploratoria-sobre-sus-necesidades-y-acceso-a-derechos.pdf>. Consultado el 23/09/21

DUTRA-THOMÉ, L. y SIQUEIRA PEREIRA, A. (2017) “Emerging Adulthood in Brazil: Socioeconomic Influences and Methodological Issues in the Study of Young Adults” en DALBOSCO DELL’AGLIO D. Y KOLLER SH. (coordinadores) **Vulnerable Children and Youth in Brazil: Innovative Approaches from the Psychology of Social Development**. Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-65033-3_10.

EGUILUZ, I. (2014) “Sexualidad y migración: adultos emergentes latinoamericanos en Madrid”. **Revista Latino-Americana de Geografía e Género** Volumen 5, Nro. 2 59–64.

EGUILUZ, I. (2016) “Migrantes latinoamericanos en Madrid: percepciones y significados sobre reproducción y sexualidad”. Director de tesis, Joaquín Arango Vila-Belda. Doctorado en Migraciones Internacionales e Integración social, Universidad Complutense de Madrid.

FACIO, A y MICOCCI, F. (s/f.) Emerging Adulthood in Argentina. **New directions for child and adolescent development**. Volumen 100, 21–31.

GALAMBOS, N. y LORETO MARTÍNEZ, M. (2007) “Poised for Emerging Adulthood in Latin America: A Pleasure for the Privileged”. **Child Development Perspectives**. Volumen 1, Nro. 2 109–14. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2007.00024.x>

GANDIANI L., LOZANO ASCENCIO F. y ALFARO Y. (2019) “Aprender a ser migrante. Bondades y tensiones que enfrenta la comunidad venezolana en México” en GANDINI L., LOZANO ASCENCIO, F. y PRIETO V. (coordinadores) **Crisis y migración de población venezolana. Entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica**. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

GANDINI, L., LOZANO ASCENCIO, F., y PRIETO, V. (2019) **Crisis y migración de población venezolana**. México: UNAM.

GUERRA PALMERO, MJ., PÉREZ GARCÍA, N. y ROLDÁN DÁVILA, G. (2017) **Las odiseas de Penélope: Feminización de las migraciones y derechos humanos**. UNAM; IIE; ULL.

JIMENEZ, N. (05 de septiembre 2021) Retraso de trámites provoca depresión en migrantes: sicólogo. **La Jornada**. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/09/05/politica/retraso-de-tramites-provoca-depresion-en-migrantes-sicologo/> Consultado el 19/09/21

LÓPEZ ARELLANO, MB (2014) Diagnóstico sobre acceso a servicios de salud para personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas. **Sin Fronteras**, IIEc-UNAM. Disponible en https://sinfronteras.org.mx/agendamigracioncdmx/assets/diagnostico_acceso_servicios_de_salud.pdf. Consultado el 21/08/21

LUPTON, D. (2020) **Doing fieldwork in a pandemic** (crowd-sourced document). Disponible en <https://docs.google.com/document/d/1clGjGABB2h2qbduTgfqribHmog9B6PoNvMgVuiHZCl8/edit?ts=5e88ae0a#>. Consultado el 25/06/21

MEÑACA, A. (2006) “Familias rotas y problemas de salud. La medicalización de las familias migrantes ecuatorianas”. **Quaderns de l’Institut Català d’Antropologia** Volumen 22, 161–78.

MOYA, E., CHÁVEZ-BARAY, SM., ESPARZA, O., CALDERÓN-CHELIUS, L., CASTAÑEDA, E., VILLALOBOS, G., EGUILUZ, I., MARTÍNEZ, EA., HERRERA, K., LLAMAS, T., ARTEAGA, M., DÍAZ, L., NÁJERA, M., LANDA, N., ESCOBEDO, V.. (2016) “El Síndrome de Ulises en inmigrantes económicos y políticos en México y Estados Unidos”. **Ehquidad International Welfare Policies and Social Work**. Volumen 5, Nro. Enero-Julio. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2016.0001>

NIGENDA, G., RUÍZ-LARIOS, JA., BEJARANO-ARIAS, RM., ALCALDE-RABANAL, JE. y BONILLA-FERNÁNDEZ. P. (2009) “Análisis de las alternativas de los migrantes mexicanos en Estados Unidos de América para atender sus problemas de salud”. **Salud pública de México**. Volumen 5, Nro. 1.

ORTIZ ACEVEDO, MG (2021) **Des-ubicación mediática: el imaginario de la mujer migrante venezolana en la prensa online colombiana**. Editado por Cristian García Villalba. Corporación Universitaria Minuto de Dios. <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/11925>.

SCOTT, JW (1996) “El género: Una categoría útil para el análisis histórico”. En **El género: La construcción cultural de la diferencia sexual**, editado por Marta Lamas, 265–302. México: Programa universitario de estudios de género.

SEDAS, AC., AGUERREBERE, MARTINEZ JUAREZ, LA., ZAVALA-DE ALBA, LE., EGUILUZ, I., y BHABHA, J.. (2020) “Situational brief: Migration in Mexico during the COVID-19 pandemic”. **Lancet Migration**. Disponible en https://1bec58c3-8dcb-46bo-bb2a-fd4addfob29a.filesusr.com/ugd/188e74_6f98530009f54edfa41096e8142b717b.pdf. Consultado el 20/09/21

SUÁREZ, S. y TREJO A. (2018) “La comunidad venezolana en México: perfil, motivaciones y experiencias” en KOECHLIN, J. y EGUREN, J. (coordinadores) **El éxodo venezolano entre el exilio y la migración**, editado por Universidad de Comillas. Disponible en repositorio.comillas.edu. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/34339/Biderbost%20%26%20Nu%C3%B1ez%20-%20KAS%20-%20OIM.pdf?sequence=-1&isAllowed=y#page=251>. Consultado el 16/05/21

SYED, J. (2008) “Employment prospects for skilled migrants: A relational perspective”. **Human Resource Management Review** Volumen ,18, Nro. 1 28–45. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2007.12.001>.

TEDDLIE, C., y Yu F.. (2007) “Mixed Methods Sampling: A Typology With Examples”. **Journal of mixed methods research** Volumen 1, 77–100. <https://doi.org/10.1177/2345678906292430>.

TRICCO, A., LANGLOIS, E., STRAUS (2017) **Rapid Reviews to Strengthen Health Policy and Systems: A Practical Guide**. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258698>.

UECKER, J., REGNERUS, M. y VAALER, ML. (2013) “Losing My Religion: The Social Sources of Religious Decline in Early Adulthood”. **Social forces; a scientific medium of social study and interpretation** Volumen 85, Nro. 4 1667–92. <https://doi.org/10.1353/sof.2007.0083>.

VILARPEYRÍ, E. y EIBENSCHUTZ HARTMAN, C. (2007) “Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública”. **Revista Gerencia y Políticas de Salud** Volumen 6, Nro. 13 11–32. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272007000200002. Consultado el 26/05/21

VINDROLA-PADROS, C., CHISNALL, G., COOPER, S., DOWRICK, A., DJELLOULI, N., MULCAHY SYMMONS, S., MARTIN, S. (2020) “Carrying Out Rapid Qualitative Research During a Pandemic: Emerging Lessons From COVID-19”. **Qualitative Health Research** Volumen 30, Nro. 14 2192–2204. <https://doi.org/10.1177/1049732320951526>.

VINDROLA-PADROS, C. y JOHNSON, GA. (2020) Rapid Techniques in Qualitative Research: A Critical Review of the Literature. **Qualitative Health Research** Volumen 30, Nro. 10 1596–1604. <https://doi.org/10.1177/1049732320921835>.

WATKINS, DC. (2017) “Rapid and Rigorous Qualitative Data Analysis: The ‘RADaR’ Technique for Applied Research”. **International Journal of Qualitative Methods** Volumen 16, Nro. 1 1609406917712131. <https://doi.org/10.1177/1609406917712131>.

Documentos oficiales e institucionales:

ACNUR y OIM (2021) R4V. Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela. RV4. Disponible en <https://www.r4v.info/es/>

refugiadosymigrantes Consultado el 11/11/2021.

Consejo Nacional de Población (4 de marzo de 2021) La población nacida en el extranjero en el Censo de Población y Vivienda 2020. Disponible en <https://www.gob.mx/conapo/articulos/la-poblacion-nacida-en-el-extranjero-en-el-censo-de-poblacion-y-vivienda-2020?idiom=es>. Consultado el 4/03/2021.

Constitución Política de la Ciudad de México (2017) Disponible en http://www.infodf.org.mx/documentospdf/constitucion_cdmx/Constitucion_%20Politica_CDMX.pdf Consultado el 8/07/21

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (25 de enero de 2021) En México somos 126 014 024 habitantes: Censo de Población y Vivienda 2020. COMUNICADO DE PRENSA NÚM 24/21 Disponible en https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf. Consultado el 12/05/2021

INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFÍA Y ESTADÍSTICA (2021) Población femenina de 12 años y más. **Censo de Población y Vivienda 2020**. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/sistemas/Olap/Proyectos/bd/censos/cpv2020/PF12Mas.asp>. Consultado el 30/09/21.

INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFÍA Y ESTADÍSTICA (2021) Presentación de Resultados Censo 2020. Disponible en https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/cpv2020_pres_res_cdmx.pdf. Consultado el 30/09/21

Ley General de Salud (2021) Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf. Consultado 03/08/21

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (2015) Política de la OIM sobre la igualdad de género. C/106/INF/8/Rev.1. Volumen 106. OIM. Disponible en <https://www.iom.int/sites/default/files/about-iom/gender/C-106-INF-8-Rev.1-Pol%C3%ADtica-de-la-OIM-sobre-la-Igualdad-de-G%C3%A9nero-2015-2019.pdf>.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (2018). “La migración en la Agenda 2030: Correlación integral de las Metas de los ODS y la migración. Disponible en http://www.migration4development.org/sites/default/files/es_booklet_web.pdf. Consultado 19/03/21

R4v Plataforma de Coordinación Interagencial Para Refugiados y Migrantes de Venezuela. (2021) RMRP 2021 para refugiados y migrantes de Venezuela. Plan de respuesta regional Enero-Diciembre 2021. ACNUR; OIM.

“Refugees’ and migrants’ reproductive health needs overlooked” (14 de septiembre de 2016) UNFPA. Disponible en <https://www.unfpa.org/es/node/15240>. Consultado en 16/03/21

SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES (2022) Visas para Extranjeros. Disponible en <https://embamex.sre.gob.mx/venezuela/index.php/servicios-consulares/visas>. Consultado el 24/06/2022.