



Revista Gerencia y Políticas de Salud

ISSN: 1657-7027

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

Vilar Peyrí, Eugenia; Eibenschutz Hartman, Catalina
Migración y Salud mental: un problema emergente de salud pública
Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 6, núm. 13, julio-diciembre, 2007, pp. 11-32
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54501301>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Migración y salud mental:

UN PROBLEMA EMERGENTE DE SALUD PÚBLICA*

Eugenia Vilar Peyrí** Catalina Eibenschutz Hartman***

Fecha de recepción: 23-07-07. Fecha de aceptación 11-10-07

Resumen

La migración de grandes contingentes de habitantes del Sur hacia los países de altos ingresos se ha agudizado en la última década, como consecuencia de la polarización socioeconómica entre países y el empobrecimiento extremo al interior de los países del sur, ambas situaciones inducidas por las políticas neoliberales de la globalización. A pesar de ello, todavía son pocos los estudios sobre el impacto que estos fenómenos sociales tienen sobre la salud mental de los trabajadores que migran y los familiares que se quedan.

La pregunta que guió esta investigación fue, ¿desde que perspectivas de la salud mental se ha estudiado a estos grupos de migrantes en México como país expulsor y en España como país receptor?

La metodología se basó en datos de fuentes secundarias, artículos publicados y estadísticas nacionales sociodemográficas y de salud mental, los que fueron reinterpretados a la luz de las ciencias sociales, la medicina social y la salud colectiva.

Las conclusiones van en el sentido de que se trata de un problema emergente de salud pública que amerita ser estudiado con mayor profundidad desde la perspectiva de los determinantes sociales y la equidad.

* Una primera versión de este artículo de reflexión fue presentada como ponencia en el Primer Foro Nacional "Salud mental y sociedad. Un debate sobre los ciframientos y praxis en materia de salud mental", el cual tuvo lugar los días 24, 25 y 26 de junio de 2007, en La Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en México. Este evento fue patrocinado por la Universidad Nacional Autónoma de México, la Facultad de Estudios Superiores Acatlán, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, el Instituto Politécnico Nacional, la Escuela Nacional de Medicina y la Academia Nacional de Medicina General.

** Eugenia Vilar Peyrí. Profesora investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México. Correo electrónico: uge1313@hotmail.com

*** Catalina Eibenschutz Hartman. Profesora investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México. Correo electrónico: ceibenschutz@yahoo.com.mx



Abstract

The migration of large contingents of inhabitants from the South to industrialized countries has dramatically increased over the last decade as a result of the socioeconomic polarization between countries and the extreme impoverishment within southern hemisphere countries – both derived from the neoliberal policies of globalization. However, there are few studies about the impact of these social phenomena on the mental health of workers who migrate and their families who stay in their places of origin.

The guiding question of this study was: From which aspects of mental health have these groups of migrants been studied in Mexico as an expelling country and in Spain as a receiving country?

The methodology was based on data from secondary sources, articles and national sociodemographic and mental health statistics, which were reinterpreted in the light of social sciences, social medicine and collective health.

The conclusions stem from the emergency character of the public health issue addressed here, which ought to be studied in greater depth from the perspective of social determinants and equity.

Palabras clave: migración, salud mental, violencia, migración internacional, salud pública, síndrome de Ulises.

Key words: Migration, Mental Health, Violence, International Migration, Public Health, Ulysses Syndrome.

*Larga marcha será la que su pie
transite para llegar a la promesa tierra:
el porvenir confiscará los pasos de la incansable pro-
cesión, y un día renunciaremos al dolor de bestias para
empezar a padecer como hombres*

Poema anónimo

Introducción

El presente trabajo pretende, sin ser exhaustivo, presentar un panorama general de la problemática que implica actualmente la migración¹ en el ámbito de la salud mental². Se partirá de una visión global para concretar en la migración México-Estados Unidos, la cual si bien tiene características singulares, tam-

bién aporta elementos para la reflexión y el conocimiento de la magnitud del problema que quizás —así se espera— contribuya a la deliberación sobre éste en otros países. Es urgente que los profesionales de la salud (en general y en particular) tomen conciencia de los efectos tan devastadores que la migración tiene tanto para las poblaciones de los países expulsos como para las de los receptores

¹ Dado que la movilidad de las personas en el mundo se lleva a cabo en múltiples sentidos, se ha optado por utilizar la palabra genérica de *migración* en lugar de *emigración* para el movimiento de personas que salen de su país e *inmigración* para los movimientos de entrada a un país.

² Aquí se considera a la salud mental como parte integral de la salud en general; por ello, cuando se hace referencia a la salud, se está aludiendo al estado integral de salud de los sujetos, independientemente de que se haga referencia a lo mental o a lo físico.



de migrantes; esto desde diversos puntos de vista: económico, social, político, cultural, íntimo, afectivo, emocional, etc³.

Se iniciará con la presentación de un panorama de la migración en el mundo, para concretar en algunas características que presenta la migración de cientos de miles de mexicanos hacia Estados Unidos. Se comentará también el estudio que al parecer de quienes aquí escriben actualmente es el más importante en materia de salud mental en el mundo de altos ingresos⁴: el que lleva a cabo en Cataluña, España, un equipo de médicos, psicólogos y trabajadores sociales en el Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados (SAPPRI). Más adelante, se expondrán algunos trabajos que se han desarrollado en México (en particular en el Instituto Nacional de Psiquiatría) tanto con los mexicanos que viven en Estados Unidos como con aquellos que viven en el país pero tienen familiares en el “otro lado” de la frontera.

1. Algunos elementos teóricos y conceptuales

La OMS ha definido que la salud mental no es “solamente la ausencia de una enfermedad mental detectable sino un estado de bienestar en el cual el individuo realiza sus propias habilidades, puede trabajar pro-

ductiva y satisfactoriamente y es capaz de contribuir con su comunidad” [1: 7]. Doyal amplía la definición dándole la dimensión histórico-social:

Aunque la última expresión de la enfermedad mental se halla en la subjetividad individual, el sufrimiento psíquico se inscribe en un sujeto construido socialmente y cuya historia está determinada por los recursos que socialmente le han sido dispuestos para la satisfacción del deseo. La salud mental se mantiene en términos de la capacidad que un sujeto tiene para diseñar objetivos y proyectos de vida, así como de la capacidad de allegarse los recursos necesarios para la consecución de tales proyectos, esto no se logra sin una plena participación del sujeto en la sociedad (Doyal, citado por Granados [2: 44])

Por lo tanto, solamente se podrá atajar la enfermedad mental y promover la salud mental si es posible crear las condiciones idóneas para que los sujetos puedan vivir en un estado de bienestar y puedan elaborar y llevar a cabo un proyecto de vida productivo y satisfactorio; en donde se tenga el derecho a un ambiente compatible con la salud y el derecho a servicios dignos cuando la enfermedad aparece. El estado de cosas actual está muy lejos de esto, más bien se da vía abierta a la enfermedad y se atajan los caminos para que cada uno decida por cuál transitar [3].

³ Se reconoce que pueden producirse beneficios culturales, étnicos, sociales y económicos en los países de acogida de los millones de migrantes que cruzan fronteras en busca de mejores condiciones de vida; sin embargo, las condiciones negativas son tan abrumadoras y depredadoras que debe insistirse en esta parte “negativa” para despertar la atención de quienes pueden y deben llevar a cabo acciones decisivas.

⁴ Se ha preferido hacer referencia a los países desde la óptica de sus ingresos que es —en última instancia— lo que les da el espacio en el escenario

internacional, y desechar la referencia al grado de desarrollo, ya que esto conlleva necesariamente un concepto de lo que es éste para un reducido número de países que cuentan con altos ingresos. Si estos países son o no desarrollados habría que cuestionarlo seriamente, pues en muchos aspectos distan mucho de demostrarlo, por otro lado, es innegable que si lo son es gracias al subdesarrollo del resto, a la explotación de la mano de obra barata de los países pobres, al castigo a los precios de las materias primas, a la sangría que causan vía las deudas externas, la migración, etc.



Ahora bien, a lo anterior habría que añadir que resulta difícil —y a veces imposible— conocer la magnitud de los padecimientos mentales, pues si se ha de hablar de salud mental, se encuentran enormes diferencias y formas de registrarla y dar cuenta de ella. Estas diferencias en la manera de reportar las tasas de prevalencia de los desórdenes mentales se pueden explicar en parte por el estigma asociado a este tipo de padecimientos y a la manera como en muchos países estos son concebidos, incluida la eugenesia. Este estigma da como resultado un subregistro y un subtratamiento. Los profesionales de la salud en los países de bajos ingresos, además, deben convivir con creencias culturales acerca de la enfermedad mental (por ejemplo, que es un castigo del demonio o es *mal de ojo*), lo cual se convierte en una carga extra y en un obstáculo más para el acceso y la generación de la información.

Por otro lado, en México la generación de información en salud, tradicionalmente “...ha venido incorporando información estadística de por lo menos 10 sistemas, con diferentes formatos de captura, glosarios de términos y períodos de levantamiento en distintos momentos que responden a objetivos e intereses de cada institución en particular...” [4]. Esta cita se refiere tanto a la salud en general como a la salud mental en particular, pero habría que agregar que en el caso de la segunda quizás los problemas se magnifiquen, pues a lo señalado se podría añadir la falta de preparación de los profesionales en el primer nivel de atención, las dificultades que las personas tienen para buscar ayuda, etc.

Esta manera de generar información, además de que denota desorden y falta de coordinación, implica una concepción de la salud que reduce esta al acto mismo de enfermar sin tomar en cuenta las causas sociales, económicas y políticas del proceso de salud-enfermedad. Como dice Laurell [5], es

una concepción de salud que no se pregunta por qué se presenta esta problemática de salud en particular, en este momento particular y en este grupo específico. Por lo tanto, informar, generar datos, es un acto político que tiene trascendencia en la manera y forma de pensar la salud, de ofrecer servicios sanitarios, de contabilizar la enfermedad, de aplicar los recursos y los tratamientos.

El problema del subregistro no ha sido exclusivo de México; del ha sido partícipe la gran mayoría de países del mundo, especialmente de los denominados de bajos ingresos. Esta situación había impedido —y aún impide, pero en menor medida— tener un conocimiento mínimamente *objetivo* de las condiciones de salud de la población mundial. Al mismo tiempo, con los indicadores que se utilizaban —y aún lo hacen, pero también en menor medida— la información generada distaba mucho de la realidad y resultaba complejo y hasta imposible planificar acciones de gran envergadura [6].

La creciente complejidad del panorama epidemiológico en México (y en el resto del mundo) hizo necesario contar con mejores indicadores, los cuales permitieran evaluar integralmente las pérdidas de salud en la sociedad. Hasta ahora, en la mayor parte de las evaluaciones se han utilizado indicadores simples con información proveniente de los registros de mortalidad, de encuestas nacionales de salud y de los registros de utilización de servicios. Sin embargo, los notables avances que se han alcanzado en la calidad de la información han abierto la posibilidad de aplicar en México (y en el resto del mundo) indicadores compuestos, los cuales miden simultáneamente pérdidas relacionadas con muertes prematuras y con enfermedades [7].

A partir de los AVISA ha sido posible conocer como nunca antes, aunque de manera



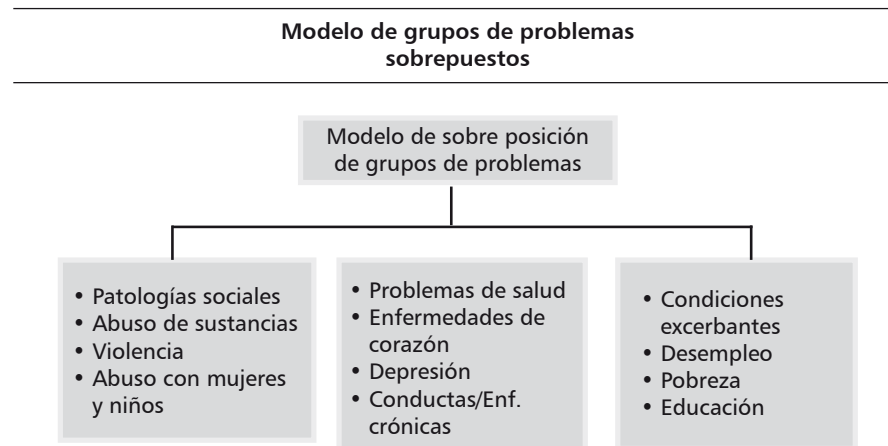
aún deficiente, la magnitud de los problemas de salud mental en México, por lo que no se debe desconocer la importancia que el desarrollo de estos indicadores compuestos ha tenido para sacar a la luz el subregistro de los desórdenes mentales y cómo ha hecho evidente su alta prevalencia.

Efectivamente, no se puede desconocer su importancia pero tampoco ha de eludirse que estos nuevos sistemas de medición responden a criterios económicos y a una concepción de la salud como un asunto financiero; han sacado a flote la problemática de la salud mental, la cual estaba arrinconada en el olvido por no ser causante de suficientes muertes; pero al aparecer la visión de mercado y la necesidad de bajar los costos de la asistencia se *descubrió* la discapacidad y las

medidas para paliarla, reinsertarla y rehabilitarla para hacerla de nuevo productiva.

Hay un acuerdo casi unánime respecto de que la enfermedad mental es un problema multicausal; difícilmente puede encontrarse una sola causa para el padecimiento psíquico. En realidad, los problemas de salud mental, social y del comportamiento representan grupos de problemas sobrepuestos que conectados con los recientes cambios globales y las nuevas morbilidades actúan sinérgicamente, de tal modo que intensifican mutuamente sus efectos en el comportamiento y el bienestar. Muchas condiciones, desde la violencia al suicidio, al trauma por algún desastre, así como ciertas enfermedades mentales como la depresión, generalmente tienen relación con la misma constelación de fuerzas sociales.

GRÁFICA 1.
MODELO DE GRUPOS DE PROBLEMAS SOBREPUESTOS



Fuente: A partir de esquema de Desjarlais, R. 1995:7

Esta visión de la salud mental logra un consenso internacional en 1995 con el llamado Reporte Harvard⁵. Este documento constituye el primer esfuerzo sistemático en este sentido; fue elaborado en el Departamento de Medicina Social de la Escuela de Me-

dicina de la Universidad de Harvard, con el apoyo de la Corporación Carnegie de

⁵ El título del Reporte Harvard es *World Mental Health. Problems and priorities in low-income countries*.

Nueva York, la Fundación MacArthur, la Fundación Rockefeller y el Fondo Milbank Memorial⁶.

El Reporte Harvard examina las secuelas individuales y sociales de la enfermedad mental a través del análisis de siete grandes problemas; estos son tanto consecuencia como causa del sufrimiento, así como de la carga o peso de la enfermedad en el mundo. Estos grandes problemas son el suicidio, el abuso de sustancias, la violencia, las migraciones y desplazamientos territoriales, los niños y los jóvenes, las mujeres y los ancianos⁷.

Este documento llama por primera vez la atención, a nivel internacional y con el aval de las grandes organizaciones de la salud y la economía, acerca de los problemas de salud mental que padecen las personas que migran en el mundo.

2. Aspectos conceptuales de la migración

Para abordar el tema de la salud mental de las personas que migran es necesario diferenciar varios tipos de migración: la que se produce cuando grandes poblaciones huyen de su país hacia regiones más seguras, por efectos de guerras o la represión; la que resulta del desplazamiento de poblaciones

por la construcción de grandes obras de infraestructura, como presas y carreteras, entre otras; y aquella que se da por cuestiones económicas. Todas ellas implican en mayor o menor medida un desastre humano, empobrecimiento, desnutrición, incremento de la morbilidad, dependencia, ruptura de las normas comunitarias y pérdida de los sistemas de apoyo social, del llamado capital social [9] que incluye bienes materiales y servicios, información, costos reducidos de transacción, apoyo emocional, reforzamiento de comportamientos positivos, entre otros [10].

3. Aspectos económico-políticos de la problemática migratoria

Esta problemática tiene implicaciones políticas y económicas en tanto involucra grandes sumas de dinero e implica —por lo general— negociaciones y acuerdos a nivel internacional entre países de altos ingresos (receptores de migrantes) y de bajos ingresos (los que expulsan a los migrantes a cambio de estabilidad económica).

A continuación se presentan algunas gráficas que ilustran el significativo incremento de las migraciones en años recientes y el impacto económico tanto en los países expulsores como en los receptores.

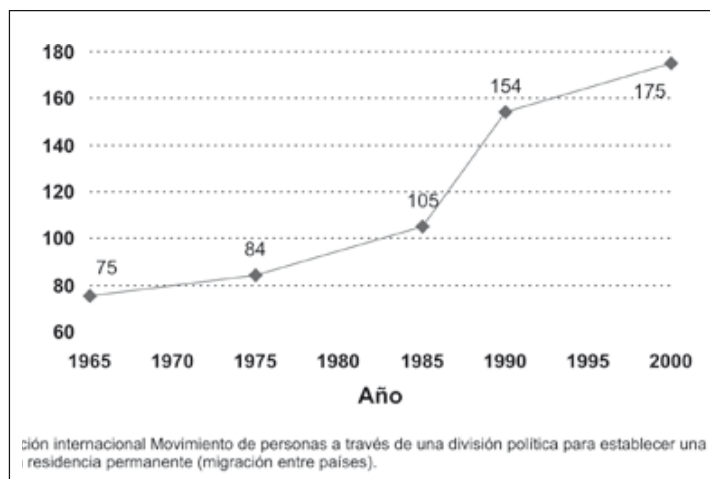
⁶ Desde luego que no puede considerarse que se ha descubierto nada que no hubiera sido dicho durante muchos años; al menos desde 1968 con el movimiento de la antipsiquiatría, liderado por Franco Bassaglia. Además, numerosos grupos médicos, intelectuales, defensores de los derechos humanos y personas ocupadas y preocupadas por el tema han intentando llamar la atención acerca de la multicausalidad de la locura, de su arraigo profundo en las condiciones de vida y las formas de relación entre las personas; han convocado y lo siguen haciendo, a asumir la responsabilidad que corresponde a todos: gobiernos, entidades de salud, comunidades e individuos. Evidentemente este trabajo surge cuando la enfermedad mental empieza

a tocar puntos neurálgicos del sistema; cuando esta carga sobrepasa los límites permitidos, cuando el cálculo costo-beneficio se desequilibra y los locos comienzan a ser un peligro ya no solamente potencial, sino concreto y costoso. Solamente para ilustrar este punto se puede consignar que la depresión es hoy en día una de las enfermedades más discapacitantes en todo el planeta. Se debe reconocer el valor intrínseco del Reporte y el importante aporte que este ha significado para el presente y el futuro de la salud mental, no solamente en los países de bajos ingresos, también para el mundo en general.

⁷ Para consultar el tratamiento de estos problemas en México, ver Vilar [8].



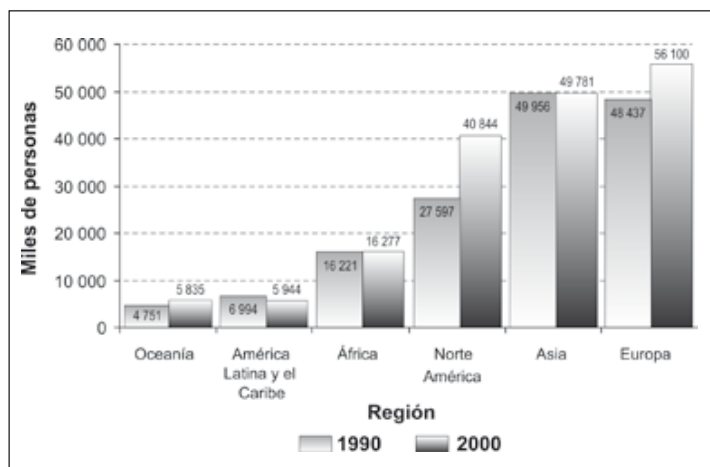
GRÁFICA 2.
MIGRANTES INTERNACIONALES A NIVEL MUNDIAL, 1995-2000



Fuente: 1965 a 1985: Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comisión de Población, *Examen de las tendencias políticas y programas en materia de población: observación de las tendencias mundiales en materia de población*, 1995;

1990 y 2000: United Nations, Population Division Department of Economic and Social Affairs, *International Migration 2002*, New York, 2002.

GRÁFICA 3.
MIGRANTES INTERNACIONALES, POR ÁREAS GEOGRÁFICAS, 1990 Y 2000

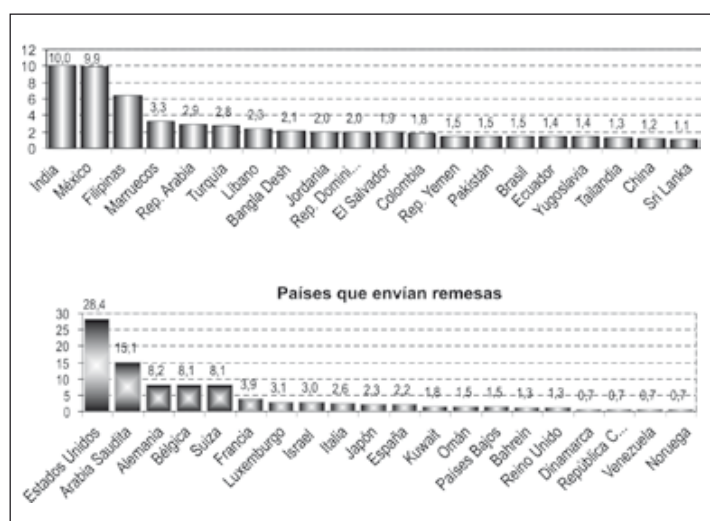


Fuente: United Nations, *International Migration Report 2002*, New York, 2002.

Actualmente, en Europa y América el factor que más influye en los flujos migratorios es el económico. El difícil equilibrio entre seguridad e inmigración, entre convivencia y conflicto social está sujeto a tensiones por

cuestiones culturales, económicas, sociales e históricas. Con el fenómeno de la globalización, estos conflictos entre diferentes comunidades se agudizan, al mismo tiempo que enriquecen a la sociedad que los acoge.

GRÁFICA 4.
PRINCIPALES PAÍSES QUE RECIBEN Y ENVÍAN
REMESAS POR TRABAJO, 2001



Fuente: IMF, *Balance of Payments Yearbook Global Development*, Finance 2003

En 1995, oficialmente —según el Reporte Harvard— había aproximadamente 20 millones de refugiados en el mundo; esto es, personas que se han ido a otro país en busca de refugio de la guerra o del hambre. A nivel global, el mayor número de refugiados se encuentra en Asia y África. Hay cerca de 7 millones de refugiados en Asia (Pakistán e Irán) y cerca de 5 millones en África (en las regiones centrales y orientales). Menos del 17% de la población mundial refugiada reside en los países de Europa occidental, Estados Unidos, Canadá y Australia. Otros 70 millones de personas alrededor del mundo han dejado sus países nativos, principalmente en busca de trabajo. Muchos están en riesgo de explota-

ción económica, condiciones de vida pobres y trato injusto. Hay otros 20 millones que se han desplazado dentro de su propio país.

En solamente 8 años el número de personas que viven fuera de sus países de origen se ha incrementado en aproximadamente un 1000%, sin contar los migrantes ilegales quienes ni siquiera tienen el derecho de participar en estas cuentas de los organismos internacionales.

Según estimaciones de la División de Poblaciones de las Naciones Unidas (la cual no incluye la migración irregular, aunque sí los desplazados y refugiados) en 2004 alrededor

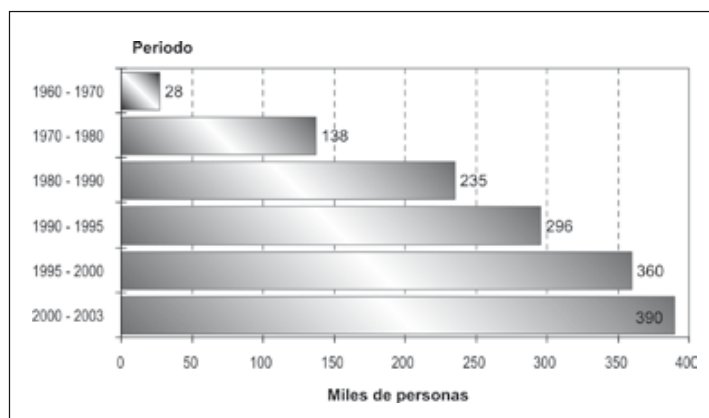


de 175 millones de personas, equivalente a 2.3% de la población mundial, o lo que es lo mismo, una de cada 35 personas, residen fuera de su país natal, y de ellos, 60% radican en países de bajos ingresos.

En el caso de México, la primera cuestión a considerar y que salta a la vista en las gráficas que se presentan a continuación es que nuestros países, los cuales expulsan trabajadores,

están teniendo una pérdida neta de población inmensa. Porque es necesario tener en cuenta que quienes se van, quienes deciden migrar, son los más fuertes, los más aptos para el trabajo. Son tales las condiciones que impone la migración que solamente aquellos capaces de sortearlas serán los que resistan la epopeya. Nuestros países, México entre ellos, sin olvidar al resto de Latinoamérica, están expulsando a su mejor gente.

GRÁFICA 5.
PÉRDIDA NETA ANUAL POR MIGRACIÓN A
ESTADOS UNIDOS POR PERIODO, 1960-2003



Fuente: Estudio Binacional México - Estados Unidos sobre Migración. Commission Reform USA y SRE - México, 1997 y estimaciones de CONAPO

GRÁFICA 6.
MIGRACIÓN MEXICANA A ESTADOS UNIDOS, 2005

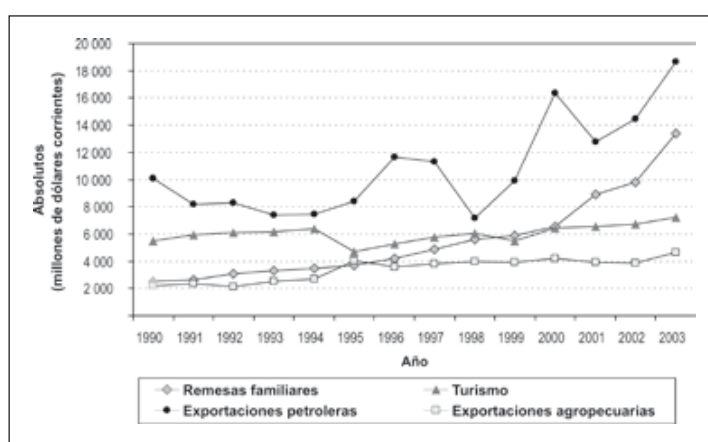
CONCEPTO	TOTAL
Población de origen mexicano en EU (millones)	28.1
Migrantes nacidos en México (millones)	10.6
Proporción de la población migrante en EU (%)	28.2
Indocumentados (millones)	5.9
Migrantes deportados a México (millones)	1.1
Mexicanos fallecidos en intentos de curce a EU (1997 - 2005)	3 132

Fuente: CONAPO y Department of Homeland Security, 2005

A cambio de la pérdida de nuestra mejor población, sus familias reciben enormes sumas de dinero en forma de remesas. Para los gobiernos, por su parte, la migración se convierte en una válvula de escape del creciente problema del desempleo y del abandono del campo en los países de bajos ingresos.

Para poder valorar la dimensión de estas remesas, es preciso contemplar en la siguiente gráfica lo que estas significan para México: representan el segundo ingreso de divisas del país, por encima del turismo y de las exportaciones de materias primas agropecuarias.

GRÁFICA 7.
DIVERSOS INGRESOS POR DIVISAS, 1990-2003



Fuente: elaborado por el CONAPO con base en Banco de México. *Indicadores Económicos*, varios años.

Es claro el beneficio que de la migración obtienen estos países; sin embargo, cabría preguntarse: ¿reciben algún beneficio las perso-

nas que migran? Han de arriesgar la vida, han de dejar atrás familia, amigos, tierras, cultura, idioma, tradiciones, ¿a cambio de qué?

GRÁFICA 8.
POBLACIÓN OCUPADA EN ESTADOS UNIDOS, 2005

CONCEPTO	TOTAL
Población ocupada	6.510,014
Tasa de ocupación (%)	93.8
Por sexo (%)	
Hombres	68.4
Mujeres	31.6
Principales ocupaciones (%)	
Profesionales	6.7
Servicios, ventas y administración	15.0
Limpieza, mantenimiento y preparación de alimentos	25.6
Cultivo, pesca y silvicultura	5.4
Construcción y reparaciones	23.2
Transporte y producción	24.0



GRÁFICA 9.

INGRESO PROMEDIO ANUAL DE LA POBLACIÓN OCUPADA RESIDENTE EN ESTADOS UNIDOS, 2005

CONCEPTO	DÓLARES
Ingreso promedio anual	22 138
Por ocupación	
Profesionales	37 567
Construcción y reparaciones	24 127
Servicios, ventas y administración	23 171
Transporte y producción	22 597
Cultivo, pesca y silvicultura	18 342
Limpieza, mantenimiento y alimentos	16 085
Por ciudadanía	
Ciudadano estadounidense	29 216
No ciudadano estadounidense	20 078
Por periodo de ingreso	
Artes de 1996	24 161
De 1996 a 2005	18 819
Ingreso promedio en los hogares	39 945
Per cápita	11 875

A cambio de una tasa de empleo del 93% y de unos salarios impensables en sus países de origen nuestros migrantes son maltratados en los países receptores; ultrajados, discriminados, violentados, es verdad. Pero ¿no lo son acaso en sus países de origen? ¿O cabe suponer que se van “por gusto”? ¿Se irían si tuvieran esos salarios y esas posibilidades de obtener empleo aquí?

Tradicionalmente eran los hombres quienes migraban. Lo hacían solos o con sus familias. Por lo tanto, la migración de la mujer no se tomaba en cuenta como tal ni se había contabilizado su participación en la economía familiar ni en el monto de las remesas que enviaban a su país de origen, aunque éstas fueran considerables.

Las mujeres migrantes han sido, por lo menos desde la mitad del siglo pasado, casi tan numerosas como los hombres. Hace poco más de 40 años ellas representaban, a escala global, cerca del 47% de las personas que vivían fuera de su país de origen, y ahora siguen siendo casi la mitad del flujo migrato-

rio. Pero a diferencia de antaño, las mujeres migrantes de la actualidad dejan sus lugares de origen de forma autónoma para integrarse a la fuerza laboral de los países receptores, según refiere el Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer (INSTRAW, por sus siglas en inglés).

Aproximadamente 18.3% de estas mujeres migrantes viven por debajo de la línea de pobreza, frente al 15.2% de hombres migrantes; además, 31% de los hogares encabezados por una mujer migrante son más pobres, en comparación con el 15% de los que cuentan como jefe a un hombre migrante.

Muchas de las mujeres que dejan sus países se integran a los niveles más bajos del escalafón laboral: en el servicio doméstico, en el sector de entretenimiento, como ayudantes en el sector hotelero, limpiadoras, vendedoras, trabajadoras manuales, así como sexo servidoras; todos ellos trabajos precarios, tanto en salarios como en prestaciones sociales:



... se insertan por primera vez en el mercado laboral a través de empleos relacionados con el servicio doméstico. El objetivo suele ser utilizar trabajos no cualificados como trampolín para después intentar buscar un empleo acorde con su formación en el país de origen, pero se constata que no es fácil acceder a puestos más valorados socialmente. El desfase existente entre la formación y el empleo conlleva una disminución de las capacidades, llegando a mermar la autoestima y las posibilidades de cambio [11: 21].

A principios de este milenio las mujeres migrantes representaban 51% del total de migrantes en los países de altos ingresos y 46% en los de bajos ingresos; mientras que en Europa, las mujeres representan 52.4% del total de migrantes. Entre los principales polos de atracción para las mujeres están los países petroleros ricos y los del este y sureste asiático.

Otra cuestión que está dando una nueva cara a la migración es la que llevan a cabo los menores: para 2004 aumentó casi el 400% según datos de la YMCA para Menores Migrantes. En ese año, este organismo atendió a más de 2000. De acuerdo con estos datos, en 1994 el centro dio albergue a 531 adolescentes migrantes; para el año siguiente, una vez puesta en marcha la Operación Guardián, la cifra se incrementó a 814; en 1996 fueron 811 y en 1997 la cantidad se disparó, llegando a 1,905 menores de edad. En 1998 el centro dio atención a 3, 297 menores; 3,211 en 1999, 3,642 en 2000 y 2,462 en 2003.

4. Salud mental y migración

Hasta ahora se ha planteado la dimensión del problema, tanto en México como en el mundo; asimismo, se ha visto la magnitud, pero aún no se ha presentado la problemática que aquí interesa.

Se parte de que a pesar de las dimensiones de la problemática, tanto en número de personas involucradas como el grado de trastornos que ocasiona, se ha trabajado poco acerca de las consecuencias en la salud mental de los desplazados, refugiados y migrantes. Quizás 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. Hay dos grupos de migrantes que están en mayor riesgo de este tipo de angustia: aquellos que viajan para vivir y trabajar en otro país y solamente terminan viviendo condiciones de explotación y aislamiento; y aquellos que buscan refugio al hambre, la violencia y los disturbios políticos.

Se han estudiado las dimensiones sociales de la migración y se han establecido tres fases a las cuales se han relacionado trastornos psíquicos. Como se puede ver en estas tablas que fueron elaboradas por el Reporte Harvard.



Dimensiones sociales y de salud de la migración⁸

Fases de la migración	Precipitantes de la angustia	Consecuencias en la salud
Preparación del viaje	Escasez ambiental	Hambre
	Degradación ambiental	Desnutrición
	Condiciones económicas pobres	Trauma
	Escasez alimentaria	Discapacidad física
	Hambre, sequía	Depresión
	Imposibilidad de hacerse la vida	Ansiedad
	Violencia	Miedo
	Persecución política	
	Violaciones sexuales	
	Alzamientos sociales	
	Pérdidas familiares	
Viaje y separación	Separación de familia	Pena
	Separación de la sociedad	Depresión
	Violencia	Miedo
	Violaciones sexuales	Ansiedad
	Colapso de los soportes sociales	Trauma
Asilo	Amenazas de repatriación	Desnutrición
	Condiciones de vida no hospitalarias	Enfermedad
	Desempleo	Desamparo
	Escasez alimentaria	Depresión
	Servicios de salud inadecuados	Angustia
Reinstalación	Desempleo y subempleo	Depresión
	Aislamiento social	Ansiedad
	Problemas de aculturación	Suicidio
	Lazos sociales limitados	Delincuencia entre adolescentes
	Prejuicio	Violencia
	Barreras de lenguaje	Conflictos familiares y generacionales
	Conflictos intergeneracionales	
	Marginación	

Fuente: Desjarlais [1: 141].

5. El síndrome de Ulises

En general, se ha podido ver que el problema de la migración es más estudiado en los países receptores de migrantes que en aquellos de

donde se los expulsa. Resulta interesante, sin embargo, conocer su trabajo en tanto puede aportar muchos elementos para pensar e investigar qué sucede con la salud de los mexicanos que migran a Estados Unidos, más allá de lo que se dice y se sabe a través de la prensa y de los grupos xenófobos que sólo llaman la atención acerca de los indeseables que llegan a su país. En este contexto, en noviembre

⁸ Es importante señalar que las columnas son independientes; esto es, cada fase de la migración presenta diversos precipitantes de la angustia y éstos tienen varias consecuencias en la salud.



de 2003 varios médicos de siete países de la Unión Europea se reunieron para exigir a los gobiernos pasar más allá de las medidas restrictivas contra la migración, las cuales en realidad esconden la necesidad de mano de obra migrante que compense el declive demográfico y cubrir millones de puestos de trabajo. En Europa, como resultado de esta reunión, se decidió construir una red para abordar en cada país la problemática. Entre estos médicos se encuentra Joseba Achotegui, director del Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados (SAPPIR) de Barcelona, España.

Achotegui [12] explica que los trastornos psíquicos que sufren cada vez más inmigrantes a causa de la dura carrera de obstáculos que han de superar en su búsqueda de una vida mejor, constituyen un problema sanitario emergente en las sociedades que los reciben. En los últimos cinco años y coincidiendo con el endurecimiento generalizado de las leyes de extranjería, ha habido un aumento de estos trastornos, sobre todo entre quienes viven situaciones más dramáticas y tienen mayores dificultades para ver cumplidas sus expectativas. Este médico, con un grupo de psiquiatras de Barcelona, ha bautizado a esta patología como Síndrome de Ulises.

Para resistir condiciones de soledad se requiere fortaleza psicológica y física, especialmente porque a ellas suele sumarse un contexto hostil: la persecución policial, la explotación laboral o el peligro físico que a menudo supone un viaje en patera o en los bajos de un camión. Lo han bautizado así porque las odiseas que cuentan hasta que han llegado a su destino recuerdan mucho las del héroe griego:

... y Ulises pasábase los días sentado en las rocas, a la orilla del mar, consumiéndose a fuerza de llanto, suspiros y penas, fijando sus

ojos en el mar estéril, llorando incansablemente... [13: Canto V].

Ulises, para protegerse del perseguidor Polifemo, le dice: “Preguntas cíclope cómo me llamo (...) voy a decírtelo. Mi nombre es nadie y nadie me llaman todos... [13: Canto IX].

Si para sobrevivir se ha de ser nadie, se ha de ser permanentemente invisible, no habrá identidad ni integración social y tampoco puede haber salud mental. [14: 5]

Algunos de los síntomas que engloban a esta patología “única y propia” de los inmigrantes son ansiedad, depresión, trastornos disociales y psicosomáticos e incluso trastornos sicóticos. Este síndrome, con estrés crónico o múltiple, tiene su desencadenante en una serie de “duelos” derivados de la pérdida de algo muy importante para el individuo: el contacto con los familiares y amigos, la lengua materna, la manera de ser propia de la cultura de origen, los paisajes, la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo “étnico o nacional” y la seguridad física.

Es importante tener en cuenta que aun cuando todo ser humano en algún momento de su vida tendrá que lamentar la pérdida de un ser querido, el duelo es generalmente vivido como una situación privada, difícilmente comunicable en sus matices más profundos. “El exilio [y todas las migraciones], al contrario, conlleva un duelo colectivo y compartido, dejando de ser percibido como un duelo individual” (Vázquez, citada por Guinsberg [15: 21]). Esto es, se trata de un duelo específico y particular que padecen estos grupos sociales; algunos lo elaboran, otros, sucumben a la tristeza. Cuanto más apoyo solidario, compañía y posibilidad de compartir, mayor será la probabilidad de salir airoso en el difícil trance de hacer una nueva vida en un país extraño.



A todo esto hay que añadir la percepción que desde su cultura tienen los inmigrantes de su propia situación; creen que sufren *mal de ojo* o cualquier otra maldición y resulta difícil apoyarlos desde una visión europea, comenta Achotegui [16]. Más aún, es más complejo el abordaje cuando las condiciones de vida son malas, es difícil el acceso a los servicios sociales y sanitarios, se sufre el desempleo o el empleo precario, la soledad, la incertidumbre frente al futuro y la discriminación social. El Síndrome de Ulises aqueja a gran parte de los 3 millones de inmigrantes ilegales que viven en la Unión Europea, si bien en este contexto, discriminado hasta por las estadísticas, cualquier dato cuantitativo es incierto. Lo que sí es seguro es que el mal que les afecta es dramático y tiene cuatro causas fundamentales: la soledad, el sentimiento de fracaso, la lucha por la sobrevivencia básica y la situación del miedo e incluso del terror que han vivido al tener que ponerse, por ejemplo, en manos de mafias para entrar a Europa. En América Latina existe una situación similar a la que se describe para Europa, ya que la gran mayoría de quienes buscan migrar a Estados Unidos han de ponerse en manos de traficantes de personas a los cuales deben de pagar grandes sumas de dinero a cambio de un inseguro transporte a través de las fronteras; en México a estos traficantes se les llama polleros o coyotes.

Para Achotegui y Castelló [17] la psicopatología de la migración puede ser clasificada según varios criterios:

1. Según los cuadros psicopatológicos predomina la tríada depresión-paranoia-somatización, incluidos en esta última los cuadros de tipo hipocondríaco.
2. Según el momento de aparición pueden clasificarse en primarios, secundarios y terciarios, según que aparezcan al poco de producirse la migración o más tardía-

mente. Los secundarios aparecen a los pocos años de la migración y los terciarios hasta 20 años después. Los primarios son los de mejor pronóstico y los terciarios los de peor.

3. Según la evolución los cuadros pueden clasificarse en agudos o crónicos, de acuerdo con su duración. Los cuadros de tipo agudo suelen ser de buen pronóstico y suelen acontecer al poco de producirse el hecho migratorio.

6. El caso de México

Ante la problemática migratoria el gobierno mexicano tiene una posición ambivalente: no responde de la misma manera frente los mexicanos que migran a Estados Unidos que ante los migrantes centroamericanos que cruzan nuestro país para llegar al desarrollo.

Gabriel Boichart publicó en el periódico *La Jornada* la siguiente reseña del horror que viven estos migrantes centroamericanos:

Los “pasajeros” de los convoyes que parten de Tapachula hacia Texas en realidad viajan agarrados como pueden a escalerillas de los vagones de carga, a los que con suerte a veces pueden amarrarse:

Pasan hasta tres días encaramados entre esos barrotes, luchando para quitarle el puesto al que va un poco más arriba y defendiéndose como pueden del que va más abajo. A menudo llegan a pegarse hasta puñaladas para bajar a los que les estorban, pero lo más común es que se duerman y se caigan a las vías donde el tren los succiona y los rebana [18:13].

Para el caso de los mexicanos, estas instancias oficiales sólo contabilizan los millones de mexicanos que cruzan la frontera y las



remesas que envían a sus familias, las cuales salvan al país aunque le hipotecan el futuro, como demuestra este estudio del PNUD, aparecido recientemente:

La migración implica una pérdida de potencial de crecimiento a largo plazo. Las zonas expulsoras pierden en promedio a su mejor gente, desde el aspecto de su capital humano por lo que la capacidad productiva se ve reducida a largo plazo. La gente que se va no es la más pobre ni la que está desempleada, es la que tiene ciertos recursos para hacerlo. También se va gente pobre, aunque no es el promedio, pero lo hacen en las peores condiciones y mucho más vulnerable. El problema es que la gente se está yendo en su edad más productiva; muy probablemente algunos van a regresar, cuando ya hayan alcanzado cierta edad, cuando requieran servicios de salud y de retiro, sin haber contribuido a los sistemas de seguridad social en México. Los mexicanos están contribuyendo al sistema de seguridad social en Estados Unidos; sin

embargo, muchos indocumentados no tienen derecho a usar esos fondos. Se estima que entre un 10 o 15 por ciento de los fondos de reserva del sistema de seguridad social estadounidense son generados por mexicanos pero no tienen acceso a ellos [19: 44].

También discuten en las reuniones interparlamentarias México-Estados Unidos y “esperan” que el Congreso de ese país decida el futuro de los casi 12 millones de mexicanos que viven allá del “otro lado”. Escuchan al presidente Bush “prometer” que si se aprueba la reforma migratoria, los migrantes que osen pasar la frontera serán tratados y perseguidos como criminales. Y no se trata sólo de discursos, de hecho el gobierno de Estados Unidos ha construido un muro para evitar el paso de los migrantes.

Mientras tanto, desde el gobierno mexicano se hacen llamados a los migrantes como el que apareció hace poco en algunos periódicos.

GRÁFICA 10.
NO EXPONGAS LA VIDA DE TUS HIJOS



Fuente: La Jornada, junio 2007:34



Parece increíble que “alguien” suponga que alguna persona “quiere” migrar y exponer a su familia a los “peligros” que implica el cruce de la frontera ¡Qué manera tan hipócrita de responsabilizar a quien no tiene ninguna responsabilidad! ¡Qué manera de no hacerse responsables!

Por otro lado, la Secretaría de Gobernación⁹ ha creado un portal en Internet llamado “e-Migrantes. Aunque estés lejos, estamos contigo”. En este portal es posible encontrar un manual de salud mental, el cual se elaboró en colaboración con el estado de California, Estados Unidos.

Este manual es a todas luces de divulgación, sencillo, quizás demasiado sencillo y aporta poco a cómo elaborar estos riesgos a la salud mental. Se centra en la descripción de ciertos síntomas de la depresión, la ansiedad, el estrés, la violencia contra las mujeres y los niños, así como el alcoholismo. A final de cuentas establece que estos síntomas son responsabilidad individual, producto de la decisión de dejar el país de origen y la solución es buscar ayuda profesional, a saber cuál y dónde. No se asume una corresponsabilidad colectiva o social, nadie más que el migrante —y en todo caso su familia— es causa y efecto del deterioro de su salud:

Las personas que pasan por las diferentes etapas de la migración pueden enfrentar situaciones de riesgo más alto frente a diferentes tipos de problemas de salud...

Para promover la salud y el bienestar, también es importante que se aproveche la fortaleza y la actitud para el cambio, que generalmente tienen los migrantes...

El cuerpo y la mente trabajan de manera diferente en una u otra persona; pero entre

los factores que pueden ocasionar depresión se encuentran: antecedentes de depresión en la familia, historias previas de depresión antes de migrar, enfermedades físicas y otros trastornos, pensamientos negativos sobre uno mismo, así como el uso y abuso del alcohol y otras drogas, incluyendo algunas medicinas...

No está relacionada con la locura, ni tampoco las personas deprimidas enloquecen...

Los antecedentes del migrante para enfrentar situaciones estresantes o problemas de salud mental, afectan el tipo de respuestas al estar viviendo entre dos países...

Cuando la presión es demasiada en la vida de una persona, puede llegar a sentir frustración y mostrar agresividad y violencia, a menudo hacia sus seres queridos. La violencia puede ser tanto causa como resultado del estrés y otros problemas de salud mental, como la depresión, la ansiedad, y el abuso del alcohol. Al igual que el alcohol, la violencia a veces se usa como una manera de hacer frente al estrés...

Cuando los migrantes, especialmente los hombres, se sienten bajo presión por estrés, tratan de olvidar sus problemas

Por otra parte, el Consejo Nacional de Población, el Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME), el Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (Conaculta), y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) convocó al Primer Concurso Historias de Migrantes México-Estados Unidos, en el que más de mil personas enviaron sus historias y experiencias. Entre estas se destacan:

Mi padre tenía como idioma principal el zapoteco, hablaba el español más básico. Para mi papá fue traumática la llegada a un país tan diverso como Estados Unidos, y en

⁹ Ministerio del Interior de México.

especial a una ciudad donde el contacto con la naturaleza era mínimo y donde sentía que no había libertad.

Al llegar a la primaria se sintió discriminado por no saber hablar el inglés y el español. Los niños se burlaban de él y era constante víctima de chistes racistas y discriminatorios.

Tuve suerte porque allá estaba mi hermano, pero cuando la gente se va sola y sin conocer a nadie, realmente sufre. Hay tramos que te llevan en coche en la cajuela, amontonados como guajolotes y pues sí se sufre, pero uno se aguanta con la esperanza de tener una vida mejor del otro lado.

De pronto, el miserable coyote rasgó mis ropas y me violó. Sí... sí. Este asqueroso animal abusó de mí físicamente. Pese a mis forcejeos, nadie me escuchó, nadie intervino para ayudarme. Dios mío, qué asco, nunca me había sentido tan humillada, tan lastimada, quería morirme.

El gobierno mexicano, ante la “salvación” económica que significa el que tantos mexicanos crucen la frontera, no hace muchos más esfuerzos por saber de ellos, por atender sus penas y sus quebrantos de salud. Carlos Monsiváis dice que “el gobierno mexicano es desagradecido con los migrantes”.

Pero no todo es desolación y abandono, no todo es desagradecimiento, explotación y olvido. Existen algunas investigaciones importantes que se ocupan y preocupan por la salud mental de los migrantes mexicanos. Los hallazgos de estos trabajos han sido incorporados en este ensayo. Sin pretender exhaustividad, se presentan algunos trabajos como un ejemplo esperanzador; estos, si bien certifican y demuestran el daño que produce la migración, por lo menos representan un esfuerzo por comprender y estudiar la problemática migratoria¹⁰.

Ricardo Sánchez Huesca y colaboradores [20] estudiaron la relación que existe entre el consumo de drogas y la migración a Estados Unidos en comparación con usuarios no migrantes. Sus hallazgos —entre otros— estipulan que durante la estancia migratoria en la frontera norte o en Estados Unidos los usuarios modifican su patrón de consumo: incrementan el uso de algunas sustancias, experimentan con otras y crean nuevas combinaciones. Esta adicción más compleja y severa de los usuarios migrantes, al retorno a México, puede propiciar la aparición de nuevos tipos de sustancias y formas de consumo en zonas donde habitualmente no se presentaban.

El enfoque que proponen Daniel Hernández Rosete y colaboradores [21] en su trabajo titulado “Del riesgo a la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por VIH/ITS en migrantes clandestinos” cobra especial relevancia cuando se destaca que la ruralización de la epidemia de VIH/SIDA en México está relacionada con cuatro aspectos socio-históricos: la pobreza, la desarticulación económica de las zonas agrícolas, la violencia sexual y la migración clandestina hacia Estados Unidos. Entonces, la dinámica global de la epidemia parece reforzar la idea de que los migrantes son un grupo de riesgo emergente.

Rosa María Aguilera y colaboradores [22] realizaron el estudio “Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con tradición migratoria”. En ese se concluye que no sólo la ausencia física paterna por migración es un factor de riesgo para la sintomatología depresiva, sino también las

¹⁰ A menos que se especifique, los trabajos que incluimos fueron realizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría, México.



condiciones estructurales de la realidad en la que viven.

Ana María Chávez Hernández y colaboradores [23] en su trabajo “Epidemiología del suicidio en el estado de Guanajuato” encontraron que en la población guanajuatense el suicidio se entrelaza con el fenómeno de la migración, básicamente hacia Estados Unidos y Canadá, países que se han caracterizado por tener una alta tasa de suicidios.

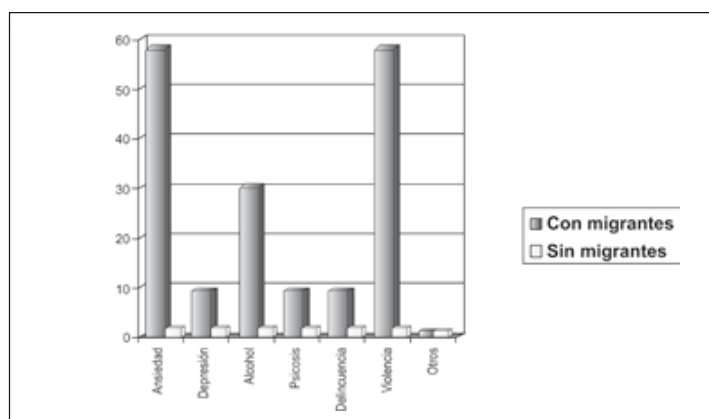
La mayoría de los suicidas que alguna vez emigraron tenía entre 20 y 34 años al momento del suicidio y la razón hombres por cada mujer suicida se elevó de 4:1 en los no migrantes, a 3:2 en las personas relacionadas con el fenómeno migratorio (migrantes de retorno, que estaban por partir al exterior, o personas cercanas a braceros). La migración también ha venido a modificar los patrones de suicidio, por el aumento de las mujeres que se suicidan y el uso más frecuente de armas de fuego.

Por su parte Jorge Caraveo y Eduardo Colmenares [24], en su estudio “Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: panorama epidemiológico”, pudieron determinar que en los migrantes mostraron una mayor prevalencia de ansiedad (dos veces más) y de abuso de sustancias (seis veces más), en relación directa con el tiempo de estancia fuera de México.

Los patrones de co-morbilidad no son privativos de ninguna cultura, no obstante describen que la organización social y la cultura favorecen o protegen del riesgo de desarrollar psicopatología.

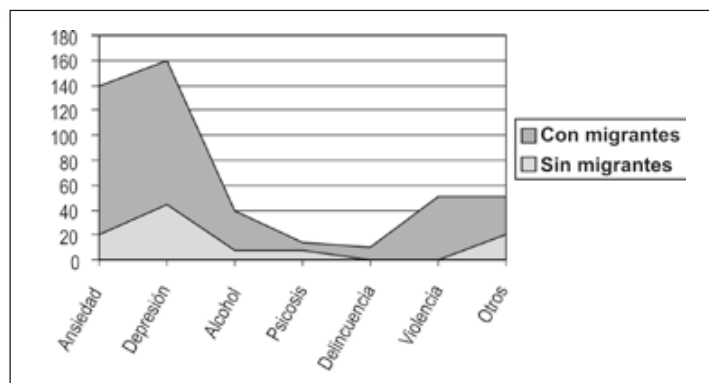
Jaime Ernesto Vargas Mendoza, y colaboradores [25], de la Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C./Centro Regional de Investigación en Psicología, subrayan la problemática de la migración en poblaciones mexicanas con miembros que han migrado a Estados Unidos, en el artículo “Emigración y disfunción familiar en Oaxaca. Un estudio piloto en dos comunidades de valles centrales”.

GRÁFICA 11.
EMIGRACIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR EN OAXACA.
UN ESTUDIO PILOTO EN DOS COMUNIDADES DE VALLES CENTRALES



Fuente: Vargas, J. E y cols.. 2001. “Emigración y disfunción familiar en Oaxaca. Un estudio piloto en dos comunidades de Valles centrales”. Asociación Oaxaqueña de Psicología A. C. Centro Regional de Investigación en Psicología. México.

GRÁFICA 12.
DINÁMICA FAMILIAR, MUESTRA COMBINADA



Fuente: Vargas, J. E y cols., 2001. "Emigración y disfunción familiar en Oaxaca. Un estudio piloto en dos comunidades de Valles centrales". Asociación Oaxaqueña de Psicología A. C. Centro Regional de Investigación en Psicología. México.

Por último, Nelly Salgado [26] realizó el estudio "Problemas psicosociales de la migración internacional", en donde concluyó lo que posteriormente se fue confirmando, que "la migración internacional no se traduce en una simple movilización geográfica, sino que es un fenómeno complejo que afecta principalmente las esferas psicológica y social tanto de los que activamente participan en él, como de aquellos a quienes afecta la migración en forma directa".

Reflexiones finales

Para concluir con esta exposición, que no con el problema, pueden añadirse algunas ideas finales:

Se ha dicho y comprobado que existen estresores y factores protectores. Entre los estresores se pueden considerar la soledad, el duelo por el fracaso del proyecto migratorio, la lucha por la sobre vivencia y el miedo. De éstos se ha hablado ya y han dado cuenta los testimonios de los migrantes. Pero también

existen factores protectores que protegen al sujeto que sufre; éstos son la ayuda, la solidaridad, el apoyo que encuentran los mexicanos cuando pasan al "otro lado". Un ejemplo de esto es la Organización del Frente Indígena Mixteco Binacional que tiene presencia social y política en ambos países.

James Petras escribía acerca de la importancia de la solidaridad y los proyectos colectivos para la promoción de la salud mental. Aunque no se ocupaba de los migrantes, citarlo parece una buena manera de terminar con este ensayo:

Entrevistas, testimonios y visitas a las comunidades revelan las patologías mentales debidas al desempleo, a la inseguridad en el trabajo y a la degradación de éste: los índices de depresión crónica, de rupturas familiares, de suicidio, de violencia doméstica, de malos tratos infantiles y de comportamiento antisocial están en aumento, en particular si los desempleados se encuentran aislados o son incapaces de exteriorizar su hostilidad y su rabia mediante la acción social colectiva...



La impotencia social y política del individuo genera impotencia personal y se expresa bajo la forma de pérdida de la autoestima, de trastornos sexuales y de inversión de la rabia hacia el interior, lo cual da lugar a un comportamiento autodestructivo... La organización y la acción colectivas, de organizaciones sociales comunitarias que llevan a cabo exigencias colectivas tienen un efecto positivo no sólo sobre la creación de nuevas oportunidades de trabajo, sino también desde el punto de vista terapéutico. Las luchas colectivas incrementan la autoestima y la eficacia personal, crean solidaridad y ofrecen una perspectiva social, todo lo cual reduce la anomia [27].

Referencias

- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. *World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Countries*. New York: Oxford University Press; 1995.
- Granados JA. Identidad y género: aportes para el análisis de la distribución diferenciada de los trastornos mentales. *Salud Problema*, junio-diciembre 2001, nueva época; 6 (10-11):37-44.
- Eibenschutz C, Vilar E. Felicidad, cultura y salud. Ponencia presentada en la Convención Nacional Democrática. México: marzo de 2007.
- Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2003, en materia de información en salud. México.
- Laurell C. Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud* 1977; 3 (6): 79-87.
- Vilar E. La información y la medición de la salud mental. *Salud Problema*, nueva época, 2006; 11.
- Lozano R. La carga de la enfermedad y las lesiones por violencia contra las mujeres: el caso de la Ciudad de México. México: Funsalud/Banco Interamericano de Desarrollo; 1997.
- Vilar, E. 2006. La información y la medición de la salud mental. *Revista Salud Problema*. Nueva Época/Año 11. enero-junio, 2006.
- Mladovsky P, Mossialos E. A conceptual framework for community-based health insurance in low-income countries: social capital and economic development. London: The London School of Economics and Political Science; 2006.
- Policy Research Initiative Project, 2005. Social capital: a tool for public policy. Disponible en: <http://www.policyresearch.gc.ca>.
- Calvo AM, García M, Hernández M. Las mujeres inmigrantes: el reto de la conciliación entre el espacio doméstico y privado. En: García FJ, Muriel C. Resúmenes de ponencias y comunicaciones, III Congreso sobre inmigración en España. Universidad de Granada, Granada, España, 2002.
- Achotegui J. Emigrar en situación extrema: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Revista Norte de Salud Mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría* 2004; (21):39-52.
- Homero. *La Odisea*. México: Ediciones Leyenda; 1998.
- Achotegui J. et al. Sintomatología depresiva en inmigrantes extracomunitarios. Presentación de los datos de un estudio efectuado en el SAPPRI de Barcelona. En: García FJ.; Muriel C. Resúmenes de ponencias y comunicaciones, III Congreso sobre Inmigración en España. Universidad de Granada, Granada, España, 2002.
- Vázquez A (citada por Guinsberg E. Problemática psicosocial del exilio. En: Casalet M y Comboni S (Coordinadoras). *Consecuencias psicosociales de las migraciones y el exilio*. México: UAM, Xochimilco; 1989.)
- Achotegui J. Migrar: duelo y dolor. En: *La inmigración infantil y juvenil: l'inevitable paradís perdut?* Revista Informacim 2001;(24): 8-15.
- Achotegui J, Catelló, M. Emigración y salud mental. En: *La inmigración infantil i juvenil: l'inevitable paradís perdut?* Revista Informacim 2001; (24): 5-8.
- Boichart G. La migración centroamericana. La Jornada, 18 de mayo de 2007.
- PNUD. Migración en relación con el índice de desarrollo humano según el PNUD. La Jornada, 18 de mayo de 2007.
- Sánchez R, Arellanez JL, Pérez V, Rodríguez S. Estudio de la relación entre consumo de drogas y migración en la frontera norte de México y Estados Unidos. *Salud Mental*, enero-febrero, 2006; 29(1):35-43.
- Hernández D, Sánchez G, Pelcastre B, López C. Del riesgo a la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual

- e infección por VIH/ITS en migrantes clandestinos. *Salud Mental* 2005, (5):20-26.
22. Aguilera RM, Carreño MS, Juárez F. Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*, diciembre 27 de 2004; (6):57-66.
23. Chávez AM, Macías LF, Palatto H, Ramírez L. Epidemiología del suicidio en el estado de Guanajuato. *Salud Mental* 2004; (2):15-20.
24. Caraveo J, Colmenares E. Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: panorama epidemiológico. *Salud Mental* 2002, (2): 9-15.
25. Vargas JE, Aguilar JE, Vázquez L, Aguilar EO. Emigración y disfunción familiar en Oaxaca. Un estudio piloto en dos comunidades de valles centrales. México:Asociación Oaxaqueña de Psicología A. C. Centro Regional de Investigación en Psicología; 2001.
26. Salgado N. Problemas psicosociales de la migración internacional. *Salud Mental (Suplemento)*, 1996, abril 19: 53-59.
27. Petras J. Neoliberalismo, resistencia popular y salud mental. Los perversos efectos psicológicos del capitalismo salvaje. Página web rebelión. Disponible en: <http://www.rebelion.com>. 20 de diciembre de 2002.

