

# El estudio de la salud mental en relación con los procesos migratorios. Esbozo de un modelo

Susana Cuevas Córdova\*

## Summary

As a psychosocial experience, migration represents to the individual a series of changes concerning his immediate personal environment, as well as the more general demographic and socio-economic context. At the first level, broken personal and familiar relationships, among others, can be observed; at the socio-economic and demographic level, variations in the age-structure of the labour force and general population respectively, are effects of great matter.

As a massive phenomenon, spatial mobility is characteristic of developing countries, where economic transition from rural to urban forms, is taking place. Under these conditions, "hiperurbanization" and all other problems involved, as the settling of impoverished rural population invaded areas lacking all kinds of services and with an accelerated unmanageable growth, become a major problem to the society.

In México, research on the subject of migration related to mental health specifically, is of relevance because of two main points: the magnitude and social impact of the rural-urban mobility and the almost complete lack of investigations about its relation to mental disorders.

Positive association between different kinds of mental problems and migration has been reported in other countries since the end of the last century; more recently, Odegaard and Cochrane, among many others, have also studied the problem. Up to the 60's two global hypotheses had emerged: one about "Social Selection" and other about "Social Causality". "Social Selection" hypothesis argued migration as the result, rather than the cause, of a morbid condition previously settled; on the other hand, "Social Causality" hypothesis gave to migration an ethiological weight in the relationship.

From the bibliography reviewed, 3 main points can be stressed: 1) The widen of the concept from a bimodal simplistic category, as it is the migrant-no migrant typification, to a historical conception implying socio-economic and familiar background, as well as acculturation process; 2) The opposite results found by the researchers; and 3) The conceptual and methodological inconsistency of the investigations.

Two natural or corollary propositions emerged from the article: The necessity of having an epidemiological model to approach the investigation of the problems as it is in the particular case of México, and the importance of developing a conceptual framework which will enable one to sinter data from two different areas of knowledge; the medical-psychiatric and the socio-anthropologic.

Some elements are proposed for the development of an epidemiological model of investigation in the mental health-migration field.

## Resumen

La movilidad geográfica representa una experiencia psicosocial que impone al individuo una serie de cambios tanto en su contexto personal inmediato, como en los niveles demo-

gráfico y socioeconómico, en los casos de movimientos migratorios masivos. En el nivel personal, se pueden observar los cambios por la ruptura de relaciones interpersonales, familiares y de las redes sociales, entre otros; en el nivel general, la migración como fenómeno demográfico, llega a cambiar la estructura etaria de la población, de acuerdo con las tasas de natalidad y crecimiento alteradas.

Los desplazamientos masivos, del medio rural al urbano, característicos de la transición de las sociedades de economía agrícola a industrial, condicionan fenómenos de "hiperurbanización", en los que se observa la movilidad de una población rural depauperada y la invasión y el crecimiento acelerado e incontrolable de nuevas áreas habitacionales carentes de servicios.

En México, la investigación sobre la relación migración-salud, y en particular salud mental, es relevante desde 2 puntos de vista cuando menos: 1) La magnitud y trascendencia de los desplazamientos del medio rural al urbano en el país, y 2) La ausencia casi total de estudios sobre la relación trastorno mental-migración, la cual ha sido reportada reiteradamente por investigadores en otros países, desde fines del siglo pasado.

La relación entre la presencia de algún trastorno mental y la condición de migrante ha sido reportada por autores como Odegaard y Cochrane, entre otros, bajo dos tipos de hipótesis genéricas: la de la "Selección Social" y la de la "Causalidad Social". En el primer caso, el factor migración se presentaría como la consecuencia misma de una condición morbosa previamente establecida; en el segundo caso, la migración jugaría un papel etiológico en la instauración del trastorno mental.

La revisión bibliográfica que se presenta permite destacar 3 observaciones: 1) La ampliación del concepto de migración desde la categoría bimodal reduccionista de migrante-no migrante, hasta un proceso que engloba aspectos de carácter histórico como antecedentes familiares y socioculturales o elementos del proceso de aculturación; 2) La contradicción entre los resultados de diversos autores y 3) La inconsistencia conceptual y metodológica de los estudios.

La importancia de las migraciones del medio rural al urbano en México, exige el desarrollo de modelos de investigación específicos para el caso, así como de un marco conceptual que permita la síntesis de datos pertenecientes a 2 áreas del conocimiento: la médico-psiquiátrica y la socio-anropológica.

Se proponen algunos elementos para la creación de un modelo de investigación epidemiológica en el área salud mental-migración.

## Introducción

El nivel y la calidad de la salud mental de los migrantes, valorada tanto a partir de las estadísticas de servicios de atención, como de encuestas a población abierta, han resultado ser significativamente inferiores en comparación con la de los nativos, según lo demuestra la mayor parte de las investigaciones en materia de psiquiatría social.

\* Investigadora de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, Tlalpan 14370. México, D.F.

**CUADRO 1**  
Estudios pioneros sobre salud mental y migración en los Estados Unidos

<i>Autor</i>	<i>Año de estudio</i>	<i>Resultados</i>
John W. Robertson Arthur F. Kilbourn Joseph A. Hill	1903 1906 1910	- El 57% de los enfermos mentales eran nacidos en el extranjero - El 56% de los enfermos mentales eran nacidos en el extranjero - La tasa de los padecimientos mentales en extranjeros fue de 70/10 000 habitantes y en nativos, de 58/10 000 habitantes
Harry Laughlin	1922	- La incidencia de enfermedades mentales entre los nacidos en el extranjero es 2.85 veces superior a la de los nativos
Faris y Dunham	1922- 1934	- Correlación positiva entre las zonas urbanas, con hoteles y casas de huéspedes, y las tasas de incidencia de esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva, mientras que las zonas de casas propias presentó una correlación negativa

Fuente: Malzberg (29)

La relación entre migración y trastorno mental fue formalmente abordada en los Estados Unidos, desde un punto de vista científico durante las 3 primeras décadas de este siglo, con el propósito de apoyar las políticas de regulación de los flujos de inmigrantes al país; de este modo surgieron los estudios de Robertson, Kilbourn, etc, resumidos en el cuadro 1, los cuales reportan la asociación directa entre la condición de migrante y la presencia de algún trastorno mental.

El estudio más riguroso de Odegaard (37), publicado en 1932, confirma esta asociación al observar que según las estadísticas hospitalarias para el periodo de 1889-1929, los migrantes noruegos en Estados Unidos mostraban tasas de hospitalización por trastornos psiquiátricos, superiores a las de los nativos de E.U. y de Noruega. También en apoyo a una correlación positiva entre el binomio trastorno mental-migrante, se cuenta con los estudios realizados por Mazberg en E.U. (29), sobre migración nacional e internacional.

En el presente existe evidencia empírico-teórica de aproximadamente 100 años sobre la relación entre la salud mental y los movimientos migratorios, sin embargo, los hallazgos no siempre han sido consistentes y los estudios han diferido en las formulaciones teóricas y en los métodos de investigación.

Por lo que respecta a México, parece existir una carencia total de datos sobre el tema, lo que impone la necesidad de abordar su estudio y de elaborar modelos de investigación adecuados para el caso específico de los movimientos masivos rural-urbano, de mayor magnitud y trascendencia para un país en desarrollo ante circunstancias socioeconómicas de crisis.

Este documento tiene el propósito de formular los primeros elementos de un modelo de investigación epidemiológica sobre la relación entre los movimientos migratorios y la salud mental, partiendo de algunos datos empíricos y conceptuales.

### Importancia del problema

Aunque la movilidad geográfica no es un fenómeno exclusivamente humano, es marcadamente intenso y característico de las sociedades modernas.

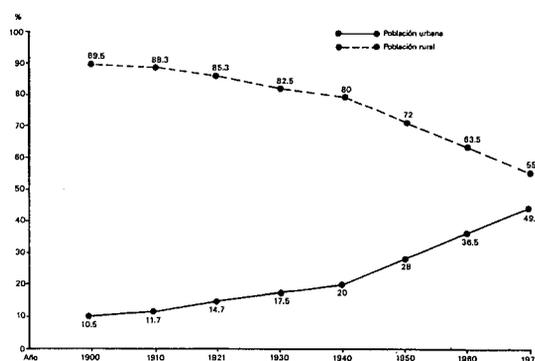
Del sinnúmero de clasificaciones posibles de estos movimientos (17, 20), el que se basa en el lugar de destino del emigrante, según el tamaño, desarrollo y

tipo de actividad de los polos de movilidad, tipificándolos *grosso modo* como rurales o urbanos, es particularmente útil para la investigación epidemiológica, ya que permite conceptualizar el fenómeno como un movimiento que condiciona marcados cambios ambientales, sociales, culturales, etc., centrando así la investigación en los probables efectos de dichos cambios, entendidos como factores de riesgo para la salud de los migrantes.

En Latinoamérica las migraciones rural-urbanas han condicionado una marcada diferencia en el desarrollo regional (1,2), y han dado lugar al fenómeno de la "hiperurbanización" (45), reflejado en índices de crecimiento muy superiores a los de Europa. Se calcula, por ejemplo, que para el periodo 1965-1970, mientras que en Europa el índice de crecimiento urbano era de 1.4%, en la región latinoamericana fue de 5.3% a 5.8% (42).

En la República Mexicana el fenómeno de urbanización de la sociedad se ha venido acentuando a lo largo de este siglo (gráfica 1), y de modo aún más marcado a partir de la década de los 40 (45). Según un estudio reciente, de las 8 regiones socioeconómicas del país, la centro-sur formada por el Estado de México y el Distrito Federal, fue la que presentó las tasas de inmigración más elevadas durante el quinquenio 1965-1970; dichas tasas fueron alimentadas por 3 flujos principales: el de la Región V u Occidente en primer

**GRÁFICA 1**  
Población total, rural y urbana de la República Mexicana, en las décadas de 1900 a 1970 (%)



Fuente: L UNIKEL. "El desarrollo urbano de México", El Colegio de México, 1976.

**MAPA 1**  
Flujos migratorios más importantes hacia la zona metropolitana (1965-1970)

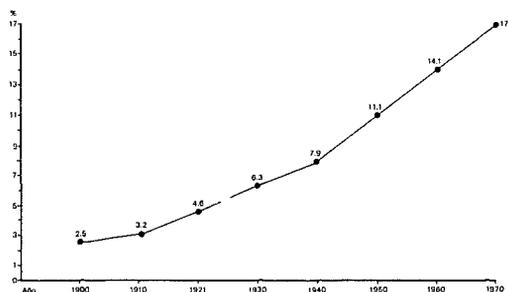


Fuente: Partida B.V. Migración en 8 regiones de México, 1965-1970 Demografía y Economía XVIII: 3, 1984.

lugar, el de la Región VI o Centro en segundo lugar, y el de la Región VIII o Sureste en tercer lugar (39); la composición por estados y la magnitud del flujo de cada una de estas regiones, pueden observarse en el mapa n.º. 1.

De esta manera la capital del país, a partir de los años 40, ha venido presentando un fenómeno de "metropolización" más que de urbanización (gráfica 2), caracterizado por la violenta transición de una economía agrícola a otra de tipo industrial y mercantil, en la que se induce la rápida urbanización no planificada y arbitraria de áreas vecinas, el surgimiento de múltiples localidades marginadas de los beneficios del desarrollo nacional y regional, carentes de servicios básicos y en resumen, el cambio a una nueva realidad socioeconómica, frecuentemente más deteriorada que la que le precede (45).

**GRÁFICA 2**  
Incremento porcentual de la población del área urbana de la Ciudad de México. 1900-1970



Fuente: L. UNIKEL, "El desarrollo urbano de México", Col. de México, 1976.

### Naturaleza del fenómeno y relación con la salud mental

La explicación de la movilidad geográfica puede ser abordada cuando menos desde 3 niveles complementarios (1,2) (cuadro 2).

**CUADRO 2**  
Naturaleza del problema

Nivel explicativo	Migración como producto de...
Nivel estructural	...La transición de sociedades agrícolas a industriales urbanas. Factores de tipo económico principalmente
Nivel particular (pequeño colectivo)	...Proceso de selección. Factores de tipo sociocultural y económico
Nivel individual	...Respuesta individual. Factores de tipo psicológico principalmente

Fuente: Arizpe Lourdes (1, 2).

- El estructural o macro
- El particular o regional
- El individual

a) En el nivel estructural, la migración rural-urbana de gran magnitud se explica como un fenómeno de la época moderna, en relación con la transición de sociedades agrícolas a industriales. En América latina, estos movimientos presentan características básicas similares. Así, tenemos que la población migrante, en su mayoría campesina, joven y empobrecida, se asienta en las grandes capitales, en busca de mejoras económicas, aglomerándose en barriadas pobres y carentes de servicios; su inserción en la estructura ocupacional es frecuentemente y en el mejor de los casos, en el sector de servicios de baja productividad y salarios, siendo lo más común el ingreso a las filas de los desempleados y autoempleados.

b) Sin embargo, estos factores estructurales de índole predominantemente económica, afectan diferencialmente a los distintos grupos sociales y al interior de éstos, a los individuos. Así tenemos que en el nivel particular o regional, existen elementos de selectividad de los migrantes que echan por tierra cualquier intento de explicación estructural unicausal de las migraciones rural-urbanas. Los componentes de esta selectividad forman parte de sistemas tales como el cultural, el político, el ideológico, etc.

c) El tercer nivel de estudio del movimiento migratorio es el individual, el cual comprende las percepciones y actitudes del individuo hacia la migración, como elementos precipitantes de la decisión de migrar, y la experiencia psicosocial, entendida como una serie de nuevas situaciones ante las que la persona deberá desarrollar nuevos patrones de interacción y comportamiento con el medio, dado que las conductas previamente establecidas ya no son aplicables.

Aunque la migración representa un "experimento natural" para el estudio de la causalidad social de las enfermedades y de los efectos en la salud de los procesos de modernización, industrialización y urbanización, el vínculo entre dicho proceso social y la salud no es fácil de establecer.

Para explicar la relación entre migración y trastornos mentales, hacia la década de los 40 ya se contaba con 2 tipos de hipótesis: la de la "selección social" y la de la "causalidad social". La primera, formulada por el psiquiatra noruego Odegaard, sostenía que los migran-

**CUADRO 3**  
**Principales características del diseño de 34**  
**investigaciones sobre migración y salud mental**

Tipo de estudio epidemiológico	N		Fuente de datos	N	
		%			%
Longitudinal	2	5.8	Revisión	1	3
Cohorte	3	8.8	Estadísticas de servicios	7	20.5
Transversal	29	85.3	Usuarios de servicios	7	20.5
Total	34	99.9	Población abierta	19	55.9
			Total	34	99.9

Fuente: Revisión bibliográfica.

tes eran individuos con predisposición a presentar trastornos mentales y por lo tanto la migración no tenía ninguna relación de causalidad con la enfermedad mental, sino que era un síntoma más de patología preexistente; la hipótesis de la "selección social", establecida por sociólogos estadounidenses y apoyada por Srole en su estudio de Midtown Manhattan, afirmaba, por el contrario, la relación de causalidad entre la migración y la enfermedad mental. Ambas hipótesis, aunque opuestas, coincidían en cuanto al enfoque de la relación migración-enfermedad mental, al reducirla de manera simplista a la presencia de la categoría bimodal de migrante-no migrante, en relación con la presencia o ausencia de algún trastorno mental definido. Ante tal situación y en vista de la contradicción entre los hallazgos, a partir de los años 60 empieza a comprenderse la complejidad del fenómeno demográfico y de su relación con la salud, surgiendo autores como Murphy (33), entre otros, que proponen un proceso de investigación más profundo y detallado, en consonancia con un fenómeno tan complejo, multifásico y dinámico.

### Revisión bibliográfica

Las principales tendencias, concepciones y modelos de investigación sobre salud mental, de la década de los 70 a la fecha, se presentan como producto de una revisión bibliográfica sobre el tema.

Del total de estudios revisados, el 35.3% reportaron no haber encontrado relación alguna entre migración y trastorno mental, o que esta relación no fue significativa. El tipo de migración más frecuentemente investigada fue la internacional, sobre todo hacia países altamente industrializados, como por ejemplo: Estados Unidos con el 26.5% de los estudios, Canadá con el 17.6%, e Inglaterra con el 14.7%, lo anterior puede ser reflejo por un lado, del nivel de desarrollo y productividad científica alcanzado en estos países, y por otro, de la magnitud y trascendencia de los flujos migratorios hacia el mundo altamente industrializado. La migración interna se investigó en el 29.4% de los casos, siendo en este grupo en donde se ubicaron las 6 investigaciones latinoamericanas.

Los rasgos principales del diseño de las investigaciones se pueden observar en el cuadro 3. Es importante destacar que sólo 2 trabajos fueron longitudinales (24, 47), hecho notable al tratarse de un proceso

que implica una temporalidad a lo largo de la cual el inmigrante estará sujeto a la exposición a diversos factores de riesgo como condición necesaria del asentamiento en el nuevo ambiente. En cuanto a las fuentes de datos, se observó que el 20.5%, utilizó las estadísticas de los servicios de salud y el 20.5%, a los usuarios asistentes, introduciendo con ello un sesgo en los resultados, generado por la selección de las personas que deciden acudir en busca de atención médica.

Con respecto a los instrumentos de detección, estos fueron muy variados en relación con las categorías que podían captar; los más frecuentemente usados se pueden observar en el cuadro 4. La importancia de este hecho estriba en 2 puntos de mayor interés: a) la comparabilidad entre los estudios y b) la concepción misma de los efectos que la migración puede causar sobre la salud mental.

**CUADRO 4**  
**Principales características del diseño**  
**de 34 investigaciones sobre migración y salud mental**

Instrumentos de detección más frecuentes	Categoría estudiada
Índice médico Cornell	Signos y síntomas
Escala de Langner	
Escalas adecuadas	
Escala de Zung	Depresión
S.C.L. 90	Síndromes
D.I.S.	CX. del DSM-III
Entrevista clínica	DX. médico

Fuente: Revisión bibliográfica.

La conceptualización de migración como un proceso que va más allá del estatus de migrante o no migrante, hacia una compleja experiencia psicosocial, se manifestó como resultado del uso de 3 tipos de variables intermedias:

- Aculturación, definida como la serie de cambios psicosociales en el individuo que se enfrenta a una cultura nueva.
- Antecedentes, que incluyen los aspectos sociocultural y familiar, que vendrían a construir una especie de *buffer* o de catalizador de los eventos estresantes de la vida del migrante, dependiendo de las capacidades con que lo hubiesen dotado.
- Historia migratoria, la cual evalúa la experiencia del migrante en 3 tiempos: antes, durante y des-

pués de migrar; considera el momento del ciclo de vida al migrar, según el cual la capacidad de aculturación de un individuo menguará al paso del tiempo, y por último, el tiempo de haber migrado como factor del proceso de adaptación o ajuste al nuevo medio.

- Los hallazgos y enfoques teóricos de mayor interés de un total de 34 artículos, se resumen en el cuadro 5.

Los temas más frecuentemente abordados pueden agruparse de la manera siguiente:

*Dirección del movimiento:* Como ya se señaló, sólo el 17.6% de los estudios revisados fueron realizados en latinoamérica, y de ellos, el de Micklin en Colombia, y el de Almeida en Brasil (14), no confirmaron la relación migración-trastorno mental; De Almeida incluso

cuestiona la concepción culturalista de la migración como un cambio a la modernidad. Para Micklin, es la movilidad social más que la geográfica, la que se asocia con alteraciones mentales; De Almeida coincide en algún sentido con Micklin, al encontrar que el desempleo estaba asociado con la patología mental más que la migración.

Por su parte, Valdivia (46), Bloom (5), Boyce (7), Biederman (4) y García (22), sí apoyan la correlación entre movilidad geográfica desde zonas rurales y la presencia de trastornos mentales, y enfocan su atención hacia variables de tipo cultural. En todos estos estudios la dirección del movimiento fue siempre del medio rural al urbano, asumiéndose consecuentemente un cambio de ambiente que conllevaría a grandes contrastes, ya fueran entendidos como efectos de la modernización, la urbanización, la occidentalización,

**CUADRO 5**  
**Principales hallazgos de 34 investigaciones sobre migración-salud mental**

<i>Autor (País-Año)</i>	<i>Instrumento y categoría estudiada</i>	<i>Resultados</i>
<b>MIGRACION INTERNA</b>		
Valdivia, P.O. (46) (Perú, 1972)	- Índice médico Cornell. Signos y síntomas	- Se encontró relación directa entre migración y trastorno mental - Los migrantes rurales presentaron porcentajes de patología mental más elevados que los migrantes urbanos - Los disturbios con índices porcentuales más elevados fueron: inadecuación 79%; susceptibilidad 54%, tensión 44%, irritabilidad 43% y ansiedad 37%
Bloom, J.P. (5) (Alaska 1973)	- Revisión de estudios	- Se encontró relación directa entre migración y trastorno mental - La prevalencia de trastornos mentales es más elevada en mujeres - El perfil de morbilidad psiquiátrica es diferente entre los sexos
Micklin, M. (Colombia, 1978)	- Escala de Langner. Signos y síntomas	- La relación entre migración y trastorno mental no fue significativa - Se encontró relación entre movilidad social y trastorno mental
Hooper, D. (24) (Inglaterra, 1979)	- AD-HOC. Síntomas neuróticos	- La relación entre movilidad intraurbana y trastorno mental no fue significativa
Beiser, M. (3) (Senegal, 1981)	- AD-HOC. - Cuestionario de auto-reporte (SRQ) signos y síntomas. - Entrevista clínica programada (CIS)	- No hubo diferencia en el nivel de patología del grupo de migrantes rurales y el grupo de nativos
De Almeida, F. (14) (Brasil, 1982)	- Cuestionario de morbilidad psiquiátrica para adultos	- La relación entre migración y trastorno mental no fue significativa
Boyce, T. (7) (Estados Unidos, 1983)	- Número de problemas psicosociales reportados - Número de visitas al servicio médico	- Existe relación indirecta entre el grado de aculturación familiar y el número de problemas psicosociales reportados - Subyacentes a la relación aculturación-salud, se encuentran factores relacionados con la disolución de la identidad cultural congruente y la integración social, más básicos que el factor de cambio cultural

CUADRO 5 (continuación)

Autor (País-Año)	Instrumento y categoría estudiada	Resultados
Biederman, N. (4) (Chile, 1983)	- Diagnóstico médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe relación entre la presencia y el tipo de trastorno mental y la condición de migrante</li> <li>- La psicosis oniroide puede ser una forma preferencial de psicosis, desencadenada por los factores de cambio sociocultural y estrés</li> </ul>
García, B. (22) (Perú, 1987)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrumento de investigación epidemiológico-psiquiátrica. (Peri) signos y síntomas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se observó relación directa entre migración y trastorno mental</li> <li>- En las mujeres, el grado de desmoralización o desaliento estuvo correlacionado con la percepción de discriminación racial</li> <li>- La segunda generación de migrantes estuvo más desmoralizada que la primera</li> <li>- Los migrantes que llegaron a Lima antes de los 12 años, presentaron índices menores de desmoralización</li> <li>- Las áreas psicológicas del proceso de aculturación, más que las conductuales, se relacionaron con la desmoralización</li> </ul>
De Jesús, M. J. (15) (Brasil, 1987)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario de auto-reporte (SRQ) signos y síntomas</li> <li>- Entrevista clínica (CIS) Diagnóstico médico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aunque se encontró una alta prevalencia de trastornos mentales en los usuarios de los 3 servicios del 1er nivel de atención: 56%, 50% y 47%, estos se asociaron al sexo y al ingreso familiar <i>per cápita</i>, pero no al <i>status</i> migratorio</li> </ul>

**MIGRACIÓN INTERNACIONAL  
(MÉXICO - ESTADOS UNIDOS)**

Morris, R. (31) (México, 1980)	- Diagnóstico médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El 46% de los pacientes atendidos en una clínica en San Luis Potosí, tenían historia de migración a Estados Unidos</li> <li>- Las actitudes de la familia frente a la migración parecen ser determinantes del tipo de reacción del individuo al nuevo ambiente</li> </ul>
Griffith, J. (23) (Estados Unidos, 1983)	- AD-HOC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los individuos con índices de aculturación más bajos, presentaron un menor número de problemas psicosociales, pero más ansiedad</li> <li>- Las 2ª y 3ª generaciones de mexicano-estadounidenses reportaron más problemas de disfunción psicosocial</li> <li>- La diferencia entre los problemas psicosociales reportados por la 1ª generación, y los de la 3ª, fue significativa.</li> </ul>
Burnam, A. (9) (Estados Unidos, 1986)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista diagnóstica estandarizada (DIS)</li> <li>- Criterio diagnóstico (DSM-III)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los resultados no apoyan el modelo de "estrés social" con respecto a la relación migración-trastorno mental</li> </ul>
Karno, M. (25) (Estados Unidos, 1987)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista diagnóstica estandarizada (DIS) Criterios diagnósticos del DSM-III</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La tasa total de "cualquier diagnóstico" fue similar para mexicano-norteamericanos y para otros blancos no hispanos</li> <li>- Por padecimientos, la única "diferencia" entre los grupos étnicos fue la de abuso y dependencia de drogas, superior entre blancos no hispanos</li> <li>- En el sexo femenino se notó un fuerte contraste por efecto de la edad entre la patología de las mexicano-norteamericanas y otras mujeres blancas no hispánicas como por ejemplo: las tasas de depresión, que fueron 50% superiores en las mujeres blancas no hispanas menores de 40 años; las tasas de abuso y dependencia de sustancias, que fueron 5 veces inferiores en las mexicano-norteamericanas menores de 40 años, que en las <i>caucásicas</i> y las tasas por distimia, fobias y trastornos de pánico, que fueron superiores en las mexicano-norteamericanas mayores de 40 años</li> </ul>

CUADRO 5 (continuación)

Autor (País-Año)	Instrumento y categoría estudiada	Resultados
<b>MIGRACIÓN INTERNACIONAL</b> (otros países)		
Bruhn, J. (8) (Estados Unidos, 1972)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de reajuste social de Holmes</li> <li>- Eventos estresantes de la vida</li> <li>- Lista de enfermedades de toda índole y gravedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los eventos de vida medidos como unidades de cambio de vida, se relacionaron significativamente con la presencia de algún padecimiento</li> <li>- Dicha relación se presentó con mayor frecuencia en las 3a y 2a generaciones de migrantes italianos</li> <li>- La primera generación no reportó enfermedades</li> <li>- Así mismo, se observó que las unidades de cambio de vida se incrementaron según el grado de aculturación, es decir, los puntajes de la escala de eventos de vida fueron más elevados en la 3a y 2a generaciones respectivamente</li> </ul>
Murphy, H. (32) (Canadá, 1973)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estadísticas de servicios</li> <li>- Diagnóstico médico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las tasas de hospitalización fueron más elevadas para los migrantes internos que para los europeos de diverso origen</li> <li>- Por estados las tasas fueron diferentes: las provincias menos industrializadas mostraron tasas de hospitalización por psicosis más elevadas, los estados más industrializados con habitantes europeos de la postguerra presentaron las tasas más bajas</li> <li>- Los inmigrantes pertenecientes a los grupos más grandes presentaron las tasas más bajas, mientras que los inmigrantes de grupos menos numerosos, presentaron tasas superiores</li> <li>- Se concluye que el tamaño del grupo, el nivel de industrialización del lugar de asentamiento y el tiempo del mismo, son elementos que influyen en la salud mental del migrante</li> </ul>
Rosenthal, D. (41) (Dinamarca, 1974)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudio clínico</li> <li>- Esquizofrenia o antecedentes heredo-familiares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las tasas de migración más altas se encontraron en los grupos cuyos padres biológicos o adoptivos no eran esquizofrénicos</li> <li>- Se concluye que los portadores de genes esquizofrénicos migran muy poco</li> </ul>
Bourne, P. (6) (Estados Unidos, 1975)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista clínica</li> <li>- Diagnóstico médico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De los 49 sujetos estudiados: 19 presentaron neurosis, 4 psicosis y 1 border</li> <li>- La demanda de atención fue poca pero se atribuye a la educación y los valores de la cultura china, que sólo accede a la búsqueda de atención médica en casos extremos</li> </ul>
Cochrane, R. (10) (Inglaterra, 1977)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estadísticas de servicios</li> <li>- Diagnóstico médico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De los diversos grupos étnicos de inmigrantes, todos ellos presentaron tasas de hospitalización por esquizofrenia, superiores a las de los nativos</li> <li>- Los irlandeses y los escoceses presentaron altas tasas de hospitalización, sobre todo por trastornos relacionados con el consumo de alcohol y drogas y por desórdenes de conducta y personalidad</li> <li>- Los americanos y los antillanos presentaron tasas similares a los de los nativos; los hindúes, los pakistanies, los alemanes y los italianos mostraron tasas mucho más bajas que las de los nativos</li> </ul>
Lasry, J.C. (27) (Canadá, 1977)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de Langner</li> <li>- Signos y síntomas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los migrantes norafricanos presentaron un nivel de sintomatología similar al de los nativos francoparlantes</li> <li>- El puntaje más alto reportado por los migrantes se relacionó con el estrés y correspondió al síntoma de ansiedad</li> </ul>
Eaton, W. (19) (Canadá, 1978)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de Langner</li> <li>- Signos y síntomas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La asociación entre trastorno mental y movilidad depende del orden estudiado</li> <li>- La migración es un factor disruptivo severo en el proceso de definición del estatus social en los migrantes judíos Norafricanos</li> <li>- Se observó un descenso en el estatus ocupacional inmediato a la migración y un ascenso paulatino</li> <li>- La esquizofrenia se asocia con la movilidad ocupacional descendente y los desórdenes menores con la movilidad ascendente</li> </ul>

CUADRO 5 (continuación)

Autor (País-Año)	Instrumento y categoría estudiada	Resultados
Murphy, H. (34) (Canadá, 1978)	- Estadísticas de servicios Diagnóstico médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La influencia del proceso de migración sobre la salud mental no puede ser asumida de manera uniforme</li> <li>- Se encontraron tasas significativamente diferentes en los descendientes de diversos grupos étnicos</li> <li>- Para los italianos las tasas fueron excepcionalmente bajas; para los irlandeses, excepcionalmente altas; para los franceses las tasas fueron altas con alta cronicidad; para los británicos las tasas fueron moderadamente bajas</li> </ul>
Murphy, H. (35) (Canadá, 1980)	- Estadísticas de servicios - Diagnóstico médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las tasas de hospitalización de canadienses de origen holandés, alemán y escandinavo, fueron más bajas que las de los canadienses en general y en particular, que los de los canadienses de origen británico</li> </ul>
Suzuki, P. (44) (Alemania Occ., 1981)	- Revisión de estudios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los trabajadores migrantes turcos de sexo masculino presentaron más síntomas neuróticos que las mujeres; los padecimientos más frecuentes fueron: depresión, confusión, sentimientos de culpa y síntomas somáticos</li> <li>- Otros problemas frecuentes en la población trabajadora masculina fueron: la agresividad y la violencia</li> <li>- En mujeres, los problemas se relacionaron con el cambio del rol femenino en la sociedad alemana</li> <li>- En la población de adolescentes se encontraron problemas de delincuencia, aislamiento, privación y alienación</li> </ul>
Cochrane, R. (11) (Inglaterra, 1981)	- Escala de Langner Signos y síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La frecuencia de trastornos psicológicos en migrantes hindúes fue del 2%, mientras que en los nativos la frecuencia fue de un 8%</li> <li>- Las mujeres hindúes presentaron puntajes más altos que los hombres hindúes, pero no más que las mujeres británicas</li> <li>- En el grupo de migrantes se observaron puntajes de sintomatología más altos a nivel socioeconómico más elevado, contrastando con los nativos en los que los puntajes más elevados, se encontraron en los niveles socioeconómicos más bajos</li> <li>- La movilidad social en los hindúes fue un buen predictor del nivel de síntomas</li> <li>- El grado de aculturación y la edad al migrar resultaron buenas variables predictoras: a mayor aculturación, menos sintomatología y a más edad al migrar, mayor resistencia a la aculturación</li> </ul>
Dean, G. (16) (Inglaterra, 1981)	- Estadísticas de servicios diagnósticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las tasas de ingreso por esquizofrenia de inmigrantes de las Islas del Caribe a Inglaterra fueron 5 veces más altas de lo esperado, 4 veces más altas para migrantes africanos y 3 veces más altas para los hindúes; los pakistaníes y otros asiáticos no registraron diferencias significativas</li> <li>- Los migrantes de Irlanda, Alemania y Polonia también presentaron tasas más altas que las esperadas</li> <li>- Los padecimientos significativamente más frecuentes, además de la esquizofrenia, fueron: la psicosis depresiva, la psicosis alcohólica, el alcoholismo y la psiconeurosis</li> </ul>
Sayil, I. (43) (Holanda)	- Índice médico Cornell Signos y síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se observó una frecuencia del 45% de neuróticos entre los trabajadores turcos migrantes en Holanda</li> <li>- El 36% usaba cantidades excesivas de alcohol</li> <li>- Las neurosis se asociaron a enfermedades y sintomatología física en un 83% de los casos</li> </ul>
Furnham, A. (21) (Inglaterra, 1983)	- Escala de Langner Signos y síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El efecto de la cultura de origen de los 5 subgrupos de estudiantes migrantes en Inglaterra, sobre el puntaje total, fue significativo</li> <li>- El puntaje más alto fue el de los estudiantes malasio y el más bajo, el de los británicos, en el 1er año de estancia</li> </ul>

CUADRO 5 (continuación)

Autor (País-Año)	Instrumento y categoría estudiada	Resultados
Pope, H.G. (40) (Estados Unidos, 1983)	- Diagnóstico médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes maniacodepresivos presentaron una probabilidad altamente significativa de ser extranjeros, en comparación con los esquizofrénicos y con otros pacientes</li> <li>- Al examinar el lugar de origen de los padres de los pacientes, la diferencia fue aún más marcada, al encontrarse que el 30% de los pacientes con diagnóstico de manía, tenían padres extranjeros, en comparación con el 9.5% de los pacientes con esquizofrenia</li> </ul>
Krupinski, J. (26) (Australia, 1984)	- Estadísticas de servicios - Diagnóstico médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El perfil epidemiológico-psiquiátrico se vio afectado por los cambios del patrón migratorio</li> <li>- En los europeos orientales se observó que las tasas de esquizofrenia y depresión eran las más altas</li> <li>- En los judíos las tasas de prevalencia más elevadas fueron para el síndrome de campo de concentración</li> <li>- La magnitud de las tasas por esquizofrenia y depresión, en sudeuropeos, ocupó el 2o lugar</li> <li>- Los niños y adolescentes británicos presentaron las tasas más altas de trastornos mentales y problemas de conducta</li> <li>- Las tasas de suicidio de migrantes procedentes de países con altas tasas del problema, aunque no se incrementaron en Australia, resultaron ser más altas que las de los nativos</li> <li>- Las tasas de suicidio de migrantes procedentes de países con tasas medias y bajas, presentaron tasas superiores a las de sus países y a las de los nativos</li> <li>- Se observaron tasas de alcoholismo muy altas para australianos, británicos y polacos, y muy bajas para griegos e italianos</li> </ul>
Westermeyer, J. (47) (Estados Unidos, 1984)	- SCL-90 Síndromes - Escala de depresión de Zung síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los resultados obtenidos en la población de refugiados asiáticos mejoraron ostensiblemente de 1.5 a 3.5 años después de la inmigración</li> <li>- Las escalas que mejoraron significativamente fueron: somatización, psicosis, ansiedad, sensibilidad interpersonal y neurosis obsesivo-compulsiva</li> <li>- El mejoramiento se relacionó positivamente con el tiempo en Estados Unidos, entrenamiento en el trabajo, manejo del inglés y posesión de bienes materiales</li> <li>- La adaptación social influyó en el nivel de la escala, en la 1a entrevista</li> <li>- Los factores constitucionales y caracterológicos influyeron en el nivel de las escalas en la 2a entrevista</li> </ul>
Craig, R.J. (13) (Estados Unidos, 1986)	- Estadísticas de servicios - Diagnóstico médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El estrés psicosocial de los samoanos en Estados Unidos, representa un factor de riesgo en relación con padecimientos psicosomáticos</li> </ul>
Murphy, H. (36) (Canadá)	- Revisión de estudios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanto en Canadá como en Estados Unidos las estadísticas de servicios psiquiátricos muestran una mayor proporción de pacientes inmigrantes</li> <li>- La adaptación a las nuevas condiciones de vida, es una forma de estrés que incrementa el riesgo de enfermar</li> <li>- Existen conjuntos de circunstancias que pueden favorecer o no dicho riesgo, actuando como factores facilitadores o protectores a dicho riesgo. Estos incluyen tanto circunstancias personales como socioculturales</li> </ul>
Mavreas, U.G. (30) (Inglaterra, 1987)	- Psychiatric state examination Signos y síntomas - Escala de Langner Signos y síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La prevalencia de trastornos mentales en los griegos inmigrantes fue de 14.1%, la cual fue superior a la de la población local</li> <li>- Los estados de ansiedad fueron relativamente más elevados, sobre todo para el sexo femenino</li> <li>- Factores como desempleo, clase social baja y presencia de algún padecimiento físico se asociaron con altas tasas de padecimientos</li> </ul>

etc., de individuos culturalmente diferentes al habitante de la ciudad. Fue interesante notar que a pesar de la conciencia existente sobre la diferencia cultural del migrante del campo, ningún estudio abordó apropiada y cabalmente tales diferencias culturales a través de la perspectiva étnica o antropológica; sólo se mencionaron datos socioeconómicos y culturales de carácter general, y en ocasiones hasta estereotipados. Los estudios de Boyce (7) y Biederman (4) por ejemplo, eran dignos de una investigación etnológica formal.

El estudio de Hooper (24) en Inglaterra, acerca de la migración intraurbana, es de especial interés para el caso de la migración a la ciudad de México, ya que el patrón migratorio que se ha detectado hasta el momento, en el estudio piloto de la investigación sobre migración a la ciudad de México y la salud mental, refleja que la gran mayoría de los habitantes de la zona marginal conurbada al Distrito Federal presenta historias migratorias de múltiples movimientos en el interior de la zona metropolitana. Hooper refiere que existe un "efecto de ajuste" a las nuevas circunstancias, en el que al paso del tiempo los síntomas disminuyen; también es interesante la relación que encuentra entre el tipo de área según el nivel socioeconómico y la frecuencia de los síntomas; según esta clasificación, las zonas de departamentos rentados por el gobierno presentaron las frecuencias más elevadas de síntomas. En el mismo estudio también se reporta que los casos que refirieron mayor movilidad, fueron aquellos en los que los hombres jefes de la familia presentaron mayor número de síntomas neuróticos.

Todos los estudios sobre migración internacional fueron realizados, como ya se ha hecho notar, en países altamente industrializados, con poblaciones migrantes provenientes de países mucho menos industrializados en el 57.1% de los casos. Es importante resaltar que de las 4 investigaciones hechas en Estados Unidos con migrantes mexicanos y con mexicano-norteamericanos (9, 23, 25, 31), sólo una encontró alguna relación entre ser migrante y presentar trastorno mental, y éste fue el estudio realizado precisamente en pacientes de un servicio psiquiátrico (31), por lo que la evidencia queda sujeta a cuestionamientos.

Los resultados reportados por Griffith (23), Burnam (9) y Karno (25), se contraponen a evidencias persistentemente encontradas por prestigiados investigadores (18) sobre las relaciones entre el nivel socioeconómico bajo y la patología mental, la marginalidad y los trastornos psicológicos; las explicaciones aludidas por los autores se comentarán en párrafos posteriores.

*Aculturación:* Boyce (7), Burnam (9), Cochrane (11), Krupinski (26), Westermeyer (47), Bruhn (8) y Griffith (23), son autores que destacan de manera importante el proceso de aculturación, definido como la serie de cambios psicosociales en un individuo que se enfrenta a una cultura nueva. Griffith (23) y Burnam (9) coinciden en el hallazgo de que el grado de aculturación está directamente relacionado con el número de síntomas psiquiátricos en un individuo dado; de este modo, ambos autores concluyen que dicho hallazgo contradice la teoría del "Melting Pot", la cual establece que aquellos individuos con mayor aceptación de la

nueva cultura y olvido de las tradiciones ancestrales, presentan mejores niveles de salud mental. Las evidencias del estudio de Bruhn (8) también parecen rechazar la teoría del "Melting Pot"; según sus datos, las 2ª y 3ª generaciones italo-norteamericanas, con niveles de aculturación más altos, refirieron mayor cantidad de eventos estresantes y de padecimientos psicosomáticos (enfermedades cardiovasculares, gastritis, etc.) y de tipo somatiforme.

En el estudio longitudinal de Westermeyer (47) el manejo del idioma y la educación fueron importantes indicadores de aculturación, con valor predictivo sobre los resultados en salud mental; en sus resultados se observó una correlación positiva entre el mejoramiento de la salud mental y el grado de aculturación, de acuerdo con las evaluaciones realizadas a los 1,5 y 3,5 años después de la migración.

*Antecedentes y familia:* En el diseño de sus investigaciones, Sayil (43), Krupinski (26) y Murphy (32,34-36) analizaron los antecedentes socioeconómicos y culturales de los sujetos. Los autores encontraron que dicha variable juega un papel importante en los resultados relativos a la salud mental, dependiendo del gradiente o diferencia que se cree entre las condiciones del nuevo ambiente y los mencionados antecedentes.

Muy cercana a la variable de antecedentes se manejó la de familia. Murphy (32, 34-36), Morris (31) y Bourne (6), destacan el papel de la familia como amortiguador o catalizador de los eventos estresantes de la vida del migrante. Griffith (23) y Burnam (9) aluden al efecto amortiguador de la familia para tratar de explicar las bajas tasas de padecimientos psiquiátricos encontrados en los migrantes mexicanos y en la población mexicano-norteamericana poco aculturada.

El sentido de los antecedentes y de la familia, en estos estudios, es el de elementos y antecedentes de la vida del migrante que lo dotan o no de capacidades para enfrentar las situaciones estresantes de la vida al migrar; Murphy (36) incluso amplía la explicación, diciendo que la coexistencia de factores en pro y en contra de una adaptación exitosa, se presenta como una situación dinámica de constante ajuste hacia el equilibrio.

*Religión y valores socioculturales:* Para Murphy (34, 35), la religión de los migrantes es un elemento mediador en la relación entre trastorno mental y migración. Al observar que contrariamente a lo esperado, los migrantes y nativos de origen británico presentaban tasas de hospitalización por trastornos mentales más altas que los alemanes, holandeses y escandinavos (35), reformula el análisis, agrupando los datos por religión y etnias, y encuentra que dicho incremento en las tasas era dependiente del subgrupo étnico-religioso de los irlandeses católicos.

Paralelamente al sentido de la variable religión, se manejaron indicadores sobre valores y tradiciones en general y con respecto a la migración (Bruhn (8) y Bloom (5)), como un aspecto parcial de los antecedentes del migrante.

*Historia migratoria:* Son varios los autores que captaron datos sobre la historia de migración: Biederman (4), Cochrane (11), Krupinski (26) y Murphy (32,34,35). Los incisos que cubrieron no se detallan

en los reportes, pero *grosso modo* se habla de 3 momentos: antes de migrar, al migrar y al asentarse en el nuevo ambiente.

Como elementos considerados parte de la historia migratoria, se observaron el momento del ciclo vital del individuo en el que migra y el destino hacia el que se dirige. Para Micklin, De Almeida (14), Cochrane (11) y Murphy (32,34,35), el lugar de destino es importante como elemento de contraste o de choque cultural. En cuanto a la edad al migrar, Cochrane (11) observa que los migrantes más jóvenes presentan menos problemas derivados de una mayor flexibilidad al proceso de aculturación. El elemento tiempo también fue importante como condicionador de un proceso de ajuste o adaptación al nuevo medio: Hooper (24), Biederman (4), Cochrane (11) y Krupinski (26).

**Otras variables socioeconómicas:** La movilidad social y ocupacional fueron variables incluidas por Micklin, De Almeida (14), Cochrane (11), Eaton (19), Sayil (43) y Westermeyer (47), como parte del proceso de asentamiento en el nuevo destino de los migrantes, y por ende con probables efectos sobre su salud mental. Micklin, De Almeida (14), Sayil (43) y Westermeyer (47) encontraron que el ascenso social y laboral se relacionaba con una mejoría en la salud mental. Por su parte, Eaton (19) encontró que el ascenso ocupacional se relacionaba con síntomas neuróticos, mientras que el descenso, con trastornos psicóticos (esquizofrenia principalmente). Cochrane (11) a su vez, observó que sólo en el caso de las mujeres hindúes, el ascenso se asociaba con trastornos emocionales.

En estos estudios, las variables como el nivel socioeconómico y laboral, tratadas tradicionalmente como variables secundarias o descriptivas, fueron consideradas como parte estructural del proceso de migración, según lo cual los cambios inherentes a la movilización geográfica, afectarían indefectiblemente ambos niveles.

Para varios autores, como Suzuki (44), Furnham (21) y Murphy (32,34,36), la migración implicó sustancial y explícitamente eventos de vida estresantes, por lo que su detección se realizó a través de instrumentos adecuados.

Así pues, ante el estado actual del conocimiento, surgen varias interrogantes; la fundamental: ¿existe relación entre el proceso migratorio y la salud mental? y de ser así ¿cuáles son los eventos relevantes y cómo han de medirse?; en relación con el diagnóstico psiquiátrico ¿con cuánta especificidad se manifiesta la sintomatología? ¿podemos pensar en entidades nosológicas bien definidas o se trata sólo de sintomatología inespecífica?.

### Esbozo de un modelo de investigación epidemiológico-psiquiátrica

Es evidente que al estudiar la salud mental en relación con los desplazamientos de la población a nivel masivo, estamos tratando con un problema que confronta cuando menos 2 clases de conocimiento: el médico-psiquiátrico y el socio-antropológico o etnológico. El análisis estadístico de los datos no es sufi-

ciente para la integración e interpretación de la realidad; es necesario disponer de un bagaje que, en el caso particular, sea capaz de "abarcar y comprender conjuntamente los conceptos fundamentales que pertenecen al campo de la psiquiatría: lo normal y lo patológico, y los de la antropología: las categorías universales de cultura".\*

En el cuadro 6 se presentan algunos elementos básicos para la construcción de un modelo de investigación que, hasta el momento, se ha formulado a partir de elementos conceptuales y datos empíricos de trabajos en el extranjero; la construcción del modelo propiamente dicho se realizará una vez que se cuente con los resultados de la investigación de campo que ya se está llevando a cabo.

#### CUADRO 6

Bases para la construcción de un modelo de investigación epidemiológica sobre migración-salud mental

Fundamentación y síntesis teórico-conceptual	Ámbitos de Investigación
Teoría de la "Transición Epidemiológica".	<b>TIEMPO</b> - Momento del ciclo de vida al migrar - Tiempo transcurrido desde la migración. - Experiencia migratoria - Número, duración y causas de otros movimientos.
Teoría General de Sistemas	<b>LUGAR</b> Cambios en los sistemas ecológico, social, cultural, económico y familiar.
Teoría Etnopsiquiátrica	<b>PERSONA</b> Estudios de 3 cohortes: - grupos del lugar de origen - grupos del lugar de destino - grupos de migrantes

Partiendo del esquema general de estudio de la epidemiología, el cual comprende los ámbitos de tiempo, lugar y persona, se propone la categorización del ámbito de tiempo, el momento del ciclo de vida al migrar, por cuanto la edad en relación con la experiencia migratoria, conlleva a la variabilidad de los factores de riesgo y protección. La cuantificación del tiempo transcurrido en el nuevo lugar y el análisis de la evolución de la experiencia migratoria, permiten la auscultación de los riesgos presentes a lo largo del proceso de asentamiento. De especial interés para el caso de la población migrante de bajo nivel socio-económico en la ciudad de México, es el número de movimientos migratorios realizados desde la salida del lugar de origen, hasta el momento actual.

Bajo este orden de ideas, la Teoría de la Transición Epidemiológica (38) representa un paradigma en la investigación de las condiciones de salud de los

\* Laplatine, F.: "La Etnopsiquiatría", p. 11. Ed. Gedisa, Barcelona, 1979.

migrantes; en su 4º postulado, la teoría establece la íntima asociación entre los cambios del patrón salud-enfermedad y los cambios demográficos, sociales y económicos derivados del proceso de modernización.

Con respecto al ámbito de lugar, la Teoría de la Transición Epidemiológica también aporta un sustento teórico-analítico. La movilidad geográfica en dirección rural-urbana, implica, de manera general, el paso de lo vernáculo a lo moderno, de lo agrícola a lo industrial, y el cambio en los niveles socioeconómico y ocupacional, actualmente considerados como elementos estructurales de la migración. Entendida la migración como la serie de cambios inherentes al desplazamiento geográfico, la Teoría General de Sistemas brinda, además de los conceptos útiles en el campo de la psiquiatría, la posibilidad de llevar a cabo un análisis de probabilidad matemática. Al concebir a la sociedad como la estructura de un conjunto de interacciones de cierto número de "sistemas relacionales interdependientes", como por ejemplo, el sistema familiar, el educativo, el cultural, etc, es posible calcular el efecto que un evento o cambio producirá en el sistema interrelacional y la probabilidad de cambio y de las clases de cambio que ocurrirán en una situación nueva, en este caso, el lugar de destino del migrante (12).

Finalmente, dentro del ámbito de persona, la objetividad de las conclusiones de la investigación así como la posibilidad de transponer los límites de los propios datos, dependerá de las posibilidades de comparar los hallazgos con núcleos de población representativos. De este modo, un modelo ideal propone la investiga-

ción de cuando menos 3 grupos de individuos: los nativos del lugar de origen, los nativos del lugar de destino y los migrantes.

Dentro del modelo que se propone, el papel de la etnopsiquiatría es el de integrar los datos de orden médico y de orden social, en un cuerpo de conocimientos que distinga y articule entre sí dos niveles complementarios de comprensión de la enfermedad mental, sin confundirlos ni reducirlos el uno al otro, partiendo de las premisas fundamentales de la universalidad del psiquismo y de la universalidad de la cultura (28).

## Conclusiones

- Existe una gran escasez de investigaciones sobre migración-salud mental concernientes a la salud pública de México, es decir, estudios sobre migración rural-urbana.

- A pesar de que en términos generales la concepción de migración se ha ampliado, aún se nota un déficit teórico conceptual que permita la integración e interpretación de los resultados de dos áreas de conocimiento: la sociológica y la psiquiátrica, más allá de la correlación estadística.

- La magnitud y trascendencia de los flujos masivos de migrantes pobres a la zona de la capital del país, aunadas a los 2 puntos previos, fundamentan la necesidad de la formulación de un modelo de investigación epidemiológica para el caso de México.

## BIBLIOGRAFIA

1. ARISPE L: *Migración, Etnicismo y Cambio Económico*. Colegio de México, México, 1978.
2. ARISPE L: El éxodo rural en México y su relación con la migración a Estados Unidos. *Estudios Ecológicos*. 1:9-33, 1983.
3. BEISER M, COLLOMB H: Mastering change: epidemiological and case studies in Senegal, West Africa. *Am J Psychiatry*, 138:4, 1981.
4. BIEDERMANN N, BARRIA C, MAASS J, STEIL W: Estudio de diez casos de psicosis en Mapuches. *Acta Psiquiat Psicol Amér Lat*, 29:294-30, 1983.
5. BLOOM J: Migration and psychopathology of Eskimo women. *Am J Psychiatry*, 130:4, 1973.
6. BOURNE P: The Chinese student acculturation and mental illness. *Psychiatry*, 38:269-277, 1975.
7. BOYCE T W, BOYCE J C: Acculturation and changes in health among Navajo boarding school students. *Soc Sci Med*, 17: 219-226, 1983.
8. BRUHN J G, PHILIPS B U, WOLF S: Social readjustment and illness patterns: comparison between first, second and third generation Italian-Americans living in the same community. *J of Psychosom Research*, 16:387-394, 1972.
9. BURNAM M A, HOUGH R L, KARNO M, ESCOBAR J I, TELLE C A: Acculturation and life time prevalence in psychiatric disorders among Mexican Americans in Los Angeles. *J of Health and Soc Behav*, 28: 89-102, 1987.
10. COCHRANE R: Mental illness in immigrants to England and Wales: an analysis of mental hospital admissions, 1971. *Social Psychiatry*, 12:25-35., 1977.
11. COCHRANE R, STOPE-ROE M: Psychological symptom levels in Indian immigrants to England -a comparison with native English. *Psychological Medicine*, 11:319-327, 1981.
12. COURGEAU D: Interaction between spatial mobility, family and career life-cycle: a French survey. *European Sociological Review*, 1:139-162, 1985.
13. CRAIG R J, PAWSON I G: Migration and biocultural adaptation: Samoans in California. *Soc Sci Med*, 22: 821-834, 1986.
14. DE ALMEIDA-FILHO N: Migrações internas e desordens mentais: novas evidencias para uma velha hipótese. *Acta Psiquiat Psicol Amér Lat*, 28:21-29.
15. DE JESUS MARI J: Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of Sao Paulo. *Soc Psychiatry*, 22:129-138, 1987.
16. DEAN G, WALSH D, DOWNING H, SHELLEY E: First admissions of native-born and immigrants to psychiatric hospitals in South-east England, 1976. *Brit. J Psychiat*, 139:506-512, 1981.
17. DOLLÓT L: *Las Migraciones Humanas*. Col ¿Qué sé? # 62. Ed. Oikos-Tau, Barcelona, 1971.
18. DOHRENWEND B P, DOHRENWEND B S: *Social Status and Psychological Disorder: A Causal Inquiry*. John Wiley and Sons: New York.
19. EATON W W, LASRY J-C: Mental health and occupational mobility in a group of immigrants. *Soc Sci Med*, 12: 53-58
20. FRENK J, GARNICA M E, ZAMBRANA M, BRONFMAN M, BOBADILLA J L: Migración y salud: notas sobre un campo interdisciplinario de investigación. *Salud Pública Méx*, 29: 276-287, 1987.
21. FURNHAM H, TREZISE L: The mental health of foreign students. *Soc Sci Med*, 17:365-370, 1983.
22. GARCIA B: Acculturation and demoralization among Peruvian migrants: a cross-cultural epidemiologic study (trabajo mecanografiado enviado por el autor) 1987.
23. GRIFFITH J: Relationship between acculturation and

- psychological impairment in adult Mexican-Americans. *Hispanic J of Behav Sci*, 5:431-459, 1983.
24. HOOPER D, INEICHEN B: Adjustment to moving: a follow-up study of mental health of young families in new housing. *Soc Sci Med*, 13D:163-168, 1979.
  25. KARNO M, HOUGH R L, BURNAM M A, ESCOBAR J I, TIMBERS D M, SANTANA F, BOYD J H: Life time prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic whites in Los Angeles. Draft, 1986.
  26. KRUPINSKI J: Changing patterns of migration to Australia and their influence on the health of migrants. *Soc. Sci Med*, 18:927-937, 1984.
  27. LASRY J-C: Cross-cultural perspective on mental health and immigrant adaptation. *Social Psychiatry*, 12: 49-55, 1977.
  28. LAPLATINE F: *La Etnopsiquiatría*. Ed. Gedisa, Barcelona, 1979.
  29. MALZBERG B, LEE E S: *Migration and Mental Disease, a Study of First Admissions to Hospitals for Mental Disease*, Nueva York, 1939-1941. Social Science Research Council. Nueva York, 1956.
  30. MAVREAS V G, BEBBINGTON P E: Psychiatric morbidity in London's Greek-Cypriot migrant community. *Social Psychiatry*, 22:150-159, 1987.
  31. MORRIS R W: Adaptive and maladaptive responses to social change: a study of migrants and their families in San Luis Potosí, México. Tesis para el grado PhD., Rice University, Houston, Texas, 1980.
  32. MURPHY H B M: The low rate of mental hospitalisation shown by immigrants to Canada. (trabajo mecanografiado enviado por el autor) 1973.
  33. MURPHY H B M: Migration, culture and mental health. *Psychological Medicine*, 7:677-684, 1977.
  34. MURPHY H B M: European cultural offshoots in the new world: differences in their mental hospitalisation patterns, part I. *Social Psychiatry*, 13:1-9, 1978.
  35. MURPHY H B M: European cultural offshoots in the new world: differences in their mental hospitalisation patterns; part II *Arch Psychiat Nervenkr*, 228:161-174, 1980.
  36. MURPHY H B M: Migration, culture and our perception of the stranger. (trabajo mecanografiado enviado por el autor).
  37. ODEGAARD: Emigration and insanity. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, Suppl. 4., 1932.
  38. OMRAN A R: The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Quart*, 49:509-538, 1971.
  39. PARTIDA B V: Migración entre ocho regiones de México, 1955-1970, *Demografía y Economía*, XVIII: 3, 1984.
  40. POPE H G, IONESCU-PIOGGIA M, YURGELUN-TODD D: Migration and manic-depressive illness. *Comprehensive Psychiatry*, 24:158-165, 1983.
  41. ROSENTHAL D, GOLDBERG I, JACOBSEN B, WENDER P H, KETY S S, SCHULSINGER F, ELDRED C A: Migration heredity and schizophrenia. *Psychiatry*, 37:321-339, 1974.
  42. RUIZ DE CHAVEZ P L: Marginalidad y conducta antisocial en menores. *Cuadernos del Instituto Nacional de Ciencias Penales 1 México*, 1978.
  43. SAYIL I: Psychiatric problems of Turkish labourers in Holland (Trabajo mecanografiado enviado por el autor).
  44. SUSUKI P T: Psychological problems of Turkish migrants in West Germany. *Am J of Psychotherapy*, XXXV: 187-194, 1981.
  45. UNIKEL L: *El Desarrollo Urbano de México*. Col de México, México, 1976.
  46. VALDIVIA P O: El impacto de algunos factores sociales determinantes de patología mental. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat*, 18:143-153, 1972.
  47. WESTERMEYER J, NEIDER J, VANG T F: Acculturation and mental health: a study of Hmong refugees at 1.5 and 3.5 years postmigration. *Soc Sci Med*, 18:87-93, 1984.