

# Presentación del trabajo de incorporación: “Migración y Salud Mental: Bases socio-culturales e implicaciones clínicas”

---

AN Dr. Renato Alarcón Guzmán

---

## Introducción

El enfoque puramente académico del fenómeno migratorio a nivel mundial no refleja totalmente las realidades que en el momento actual confrontan millones de personas en prácticamente todos los continentes y regiones del mundo. Las migraciones masivas se han convertido en factor fundamental del llamado proceso de Globalización, caracterizado por la intensificación de interacciones transnacionales de todo tipo (económicas, políticas, sociales, tecnológicas y culturales) que “conducen al establecimiento de estructuras transicionales y a la integración de ..... (varios) ..... procesos, ..... (implicando)..... desterritorialización y multidimensionalidad” (1). Sobre esta base, se infiere entonces que las corrientes migratorias contribuyen, tal vez sin proponérselo, a la ruptura o borramiento de los tradicionales límites que separan a individuos, sociedades y culturas, generando con ello nuevos modelos o patrones de conducta individual y colectiva (2).

Es conocido el hecho de que las migraciones obedecen a una gran variedad de causas o factores que, a su vez, dan lugar a diversos tipos de grupos migratorios cuyo componente humano es tanto o más complejo que el que puede verse en otros tipos de transacciones interpersonales, inter-grupales o inter-societarias (3).

El proceso que se inicia cuando individuos, familias o comunidades enteras deciden migrar y que continúa con la jornada misma (4), nunca sencilla ni fácil, culmina con el eventual arribo al país anfitrión o sociedad receptora y con el comienzo de otro fenómeno aun más complicado:

la Aculturación (5), el mutuo esfuerzo de aceptación y adaptación, de confrontación y convivencia, de coherencia y solidaridad, proceso muchas veces excesivamente prolongado y no siempre exitoso. El migrante trae consigo el bagaje de su propia cultura (lenguaje, religión, creencias, valores, tradiciones, etc.) y tiene que experimentar, quiéralo o no, las reglas, requerimientos, expectativas y hasta imposiciones que la comunidad receptora ha practicado por siglos, es decir, la expresión cultural de su propia historia. El resultado de este encuentro (que algunos llamarían colisión) puede recibir diversos nombres, todos ellos elocuentemente descriptivos y sancionados así por los estudiosos: Marginalización (o alienación), separación (o segregación), asimilación e integración (3-6).

Las repercusiones socio-políticas, demográficas y culturales de las migraciones son ciertamente indiscutibles. Otra obvia inferencia, vinculada al desmadejamiento referencial de este proceso o suma de procesos, es que la experiencia migratoria produce marcado impacto en la salud física y mental de sus protagonistas. De hecho, se habla hoy en día de Salud Global en tanto que bien público mundial, tema de justicia social y derecho universal (7). Con el logro de equidad y justicia como su objetivo central, la Salud Global reconoce también a la Salud Mental Global como una subdisciplina orientada al reconocimiento y manejo de enfermedades mentales en todo tipo de poblaciones, optimizando su aceptabilidad (i.e., eliminación de estigmas) y mostrando sensibilidad hacia factores contextuales, en especial de tipo social y cultural (8).

Tal es, entonces, el contenido esencial de este artículo: presentación y discusión del tema de migraciones, desde la exposición de cifras a nivel mundial y regional hasta la descripción, estudio y tratamiento de definidas secuelas clínicas (particularmente emocionales y mentales) del proceso, pasando por la exploración de bases socio-culturales comunes y específicas en cada uno de los continentes y países afectados; se prestará especial atención a migraciones en el continente americano, en países latinoamericanos y en el Perú. Tras puntualizar las principales áreas en debate y, por lo mismo, en necesidad de más y mejores investigaciones, se elaborarán finalmente conclusiones relevantes al tema central.

### **Consideraciones Generales**

En primer lugar, debe precisarse que el término "migrante" incluye tres categorías, determinadas por investigaciones científico-sociales y sancionadas por normas administrativas a nivel internacional (4, 6, 9): los migrantes propiamente tales (decisión voluntaria, pasos pre-determinados, jornada debidamente organizada y predecible), los desplazados por motivos o factores más allá de su control (i.e., conflictos socio-políticos, desastres naturales, etc.) y los refugiados, es decir forzados a abandonar su país de origen como resultado de persecuciones políticas o situaciones que amenazan su integridad personal y familiar. Por otro lado, se habla de migraciones internas que ocurren dentro de los confines del mismo país, y migraciones externas o el cruce de bordes o fronteras internacionales (10).

Los migrantes en general constituyen poco más del 5 % de la población mundial, habiendo llegado a aproximadamente 215 millones en el año 2015. Europa es el continente con el porcentaje más alto (33 %) de migrantes en su territorio, seguido por Asia con el 28 % y Norteamérica, con el 23 %. En términos numéricos por país, sin embargo, Estados Unidos exhibe las cifras más altas, Italia tiene el menor número y las posiciones intermedias corresponden a Canadá, Australia, Rusia, países escandinavos y otros de Europa Occidental (2).

Más de 65 millones del total de migrantes a nivel mundial han sido desplazados a la fuerza (10). Casi 10 % de los migrantes son refugiados y más de 14 millones de ellos están supuestamente bajo protección de la Organización de las Naciones Unidas. Los llamados países "en desarrollo" o "de medianos y bajos ingresos" (LMICs, sigla en inglés) tienen en su territorio a 86 % del total de refugiados, 16 % más que una década atrás.

Razones familiares o deseos de mejora educacional, profesional, ocupacional o laboral son ciertamente los factores menos estresantes en el contexto de la decisión y la implementación del proceso migratorio. Por el contrario, los más penosos, complejos y de mayores consecuencias físicas y emocionales son aquellos vinculados a desigualdades socio-económicas, desastres naturales, intensificación de conflictos políticos y guerras religiosas que dividen y diezman a familias y comunidades. A su turno, las razones que países anfitriones utilizan abierta o veladamente para recibir a inmigrantes, van desde la necesidad de mano de obra (i.e., Estados Unidos, Australia, Slovakia), hasta la deliberada aceptación de refugiados (i.e., Noruega, Francia, Canadá) o el propiciar la reunión de familias escindidas por diversas razones (i.e., Suecia).

### **Migraciones en el Mundo**

Los continentes o regiones (y países) en donde se originan las migraciones más voluminosas en el mundo actual son África, Asia (en particular la región de la cuenca del Pacífico), Medio Oriente y América Latina (en particular Centroamérica, México y el Caribe). A su vez, los continentes o regiones de recepción más importantes son Europa (Central, Occidental y países escandinavos) y Norteamérica (Estados Unidos y Canadá). Los párrafos que siguen se ocuparán con cada uno de aquéllos, enfatizando no solo cifras sino, fundamentalmente, factores socio-culturales de importancia.

África. La gran mayoría de los 54 países africanos experimenta fenómenos migratorios que en el año 2015 superaron la cifra de 18 millones de personas (11). Las movilizaciones poblacionales son de carácter tanto interno como externo, aunque en este último caso se limitan fundamentalmente al territorio continental: fugas masivas a países vecinos insuficientemente preparados para el flujo migratorio. Asimismo, en el mayor número de países comprometidos la causa de las migraciones es inestabilidad política (i.e., República Centroafricana, Mali) que, en casos como Sudán del Sur, la República Democrática del Congo, Nigeria, Niger o Chad, ha desembocado en sangrientas guerras internas (11). El caso de Yemen es singular ya que, aunque geográficamente ubicado en la frontera Sur de Arabia Saudita, sus migrantes se refugian principalmente en países africanos cercanos a la Península Arábiga tales como Etiopía, Somalia y Eritrea. Estos dos últimos, así como Libia y Sierra Leona tienen también problemas

políticos potencialmente devastadores. Marruecos, en el noroeste de África, es el único país que declara migrantes externos mayormente motivados por factores ocupacionales, con el sur de Europa (España, Portugal e Italia) como su destino más frecuente.

La dinámica socio-cultural de las migraciones africanas parece reflejar dos fenómenos estrechamente vinculados entre sí, a lo largo y ancho del continente: la inmadurez de concepciones políticas reflejadas en la creación o fundación relativamente reciente de países nuevos que aun buscan estabilidad, armonía y forja de identidades sólidas, y la subsistencia de agrupaciones tribales con rivalidades centenarias ahora teóricamente unificadas bajo el concepto de nación, con pautas sociales y normas políticas nuevas y diferentes.

En este contexto, no sorprende que los migrantes africanos encuentren altos grados de hostilidad por parte de las comunidades anfitrionas en las que los espacios de recepción y asilo, así como el suministro de alimentos y el apoyo de organizaciones internacionales de Derechos Humanos y de ayuda a refugiados, son realmente escasos (12). A pesar de acuerdos regionales de retorno y estrategias de reintegración, es evidente que las medidas de alivio de problemas de salud física y mental, consecuencia directa de migraciones forzadas, son solo paliativas.

Asia y la Región del Pacífico. La mayoría de refugiados en esta región provienen de Afganistán y Myanmar (Burma), países azotados por prolongadas guerras civiles. Se sabe que el 96 % de los refugiados afganos viven en Irán y Pakistán, este último país tampoco libre de hondas divergencias socio-políticas domésticas e internacionales. Por su parte, más de la mitad (500,000) de los refugiados de Myanmar se encuentran en países vecinos como Tailandia, Malasia y Bangladesh. La Comisión de Derechos Humanos de la ONU y otras agencias internacionales han documentado miles de fugas arriesgadas a través del mar, desde la Bahía de Bengala en la frontera de Myanmar y Bangladesh.

Algunas cifras globales en esta región incluyen un total de 4.4 millones de refugiados, 1 millón novecientos mil de desplazados internos y 1.4 millones de apátridas. Casi un 70 % de estos refugiados viven en campamentos apartados de zonas urbanas, sin protección alguna, expuestos a todo tipo de estresores,

prácticamente cautivos, sin documentación y en riesgo permanente de detención o deportación. Abusos de todo tipo, particularmente a mujeres jóvenes, ocurren con enorme frecuencia. Las consecuencias sociales, de salud general y de salud mental, son pues enteramente previsibles (13)

Medio Oriente. Es sabido que Europa viene experimentando el flujo más grande de migrantes a través del Mediterráneo, comparable al de la 2ª. Guerra Mundial. Hay 38.2 millones de desplazados en todo el continente europeo. En el año 2016, más de 300,000 migrantes y refugiados procedentes del Medio Oriente arribaron a las costas del Sur de Europa y casi 3,000 otros perecieron ahogados. La llegada de cientos de miles de refugiados sirios, víctimas de una guerra que dura ya casi seis años, a países de Europa Occidental es inminente: en el momento actual, Grecia e Italia parecen ser los más afectados, pero Alemania y Francia han visto un consistente aflujo en meses recientes; de hecho, el año pasado, Alemania flexibilizó sus normas de migración para aceptar a un millón de refugiados del Medio Oriente (14).

El drama de Siria pone de relieve la gravedad de esta situación (15). En el 2014, Siria superó a Afganistán (No. 1 por más de tres décadas) como el país de origen del mayor número de refugiados en el mundo (1 de cada 4). A pesar de que el 95 por ciento de los refugiados sirios están en países vecinos (2 millones en Turquía, 1.6 millones en Líbano y Jordania), casi otros 2 millones solicitaron asilo en Alemania, Suecia (los países más buscados), además de Rusia en Europa Oriental. Se han dado casos de fugas masivas a través de rutas extremadamente prolongadas y, por lo mismo, complicadas e inciertas. Se añade el hecho de que más de la mitad de los refugiados sirios son niños y adolescentes, muchos de los cuales viajan solos.

Lo que inicialmente parecía ser una alta demostración de buena voluntad y apertura por parte de los países de Europa Occidental, ha ido, gradualmente, dando paso a cuestionamientos más o menos intensos que, en ocasiones han desembocado en expresiones inequívocas de hostilidad y rechazo. En países del continente se habla ya de "invasiones de inmigrantes", y en el Reino Unido se dice que éstos "desbordarán pronto las costas de Europa continental", trayendo consigo la amenaza de "un colapso de la civilización

Europea" (16). Los miembros de la Unión (o Comunidad) Europea se han visto recientemente envueltos en intensas discusiones y hasta desacuerdos respecto a las políticas del grupo hacia inmigrantes y refugiados, sin haberse llegado a decisiones claras (17).

Todo lo anterior, así como las crisis de alimentos, la sobrepoblación y consiguientes deficiencias de los campos de refugiados, violencia, violaciones, enfermedades e incertidumbres, el descenso global de ayuda humanitaria, amén de antiguos y nuevos problemas en el Medio Oriente (dificultades políticas en Irán, conflictos religiosos y creciente intranquilidad colectiva en Irak, polémicas entre Turquía y la Comunidad Europea, presencia de apátridas o stateless, etc.), plantea significativas amenazas a la salud e integridad de millones de personas.

### **Migraciones en el Continente Americano**

Las migraciones en nuestro continente tienen, además de características comunes con las de otras regiones, rasgos propios y originales, a los que no son ajenos factores de orden socio-cultural. Es por ello que este tema ocupa una sección especial que examina los procesos migratorios en la región desde tres perspectivas: migración hispánica a Norteamérica (en particular Estados Unidos), migraciones externas entre países latinoamericanos, y migraciones internas dentro de los mismos.

### **Migraciones hispánicas a Norteamérica**

Históricamente, es esta la corriente migratoria más antigua en el continente (18). No debe olvidarse que aun antes de los eventos que, en el Siglo XVIII, dieron lugar al nacimiento de los Estados Unidos de América, una buena parte de la zona Oeste del nuevo país pertenecía al entonces Virreynato español de México, situación que se mantuvo cuando esta colonia dio paso a la República Mexicana, y que solo terminó cuando Estados Unidos triunfó en el conflicto armado y tomó posesión de lo que hoy son territorios de los estados de Arizona, Texas y California. Puede afirmarse que la migración de mexicanos a Estados Unidos ha sido parte de la vida contigua de los dos países, habiendo atravesado periodos de ascenso y descenso en cuanto a su magnitud, su significado y los aspectos legales y administrativos del proceso, guiados siempre por factores socio-políticos y económicos.

Al paso del tiempo, la composición de los grupos migrantes provenientes del "Sur de Río Grande" ha variado con la adición de, fundamentalmente, grupos cada vez más grandes procedentes de países centroamericanos, en particular Guatemala, Nicaragua, Honduras y El Salvador. En las últimas seis o siete décadas se han añadido también migrantes de Cuba, países caribeños y sudamericanos y, más aún, se incluyen ahora a puertorriqueños que "emigran" a Estados Unidos por razones fundamentalmente laborales y en uso de su ciudadanía estadounidense. Todos estos grupos constituyen lo que hoy se conoce como la "comunidad Hispánica (o Latina)" en los Estados Unidos, desde el 2015 la minoría más numerosa en el país del Norte, superando incluso a la población afro-americana (19).

Es conveniente señalar, sin embargo que, aparte del no escaso número de migrantes hispánicos que cubren la distancia a pie, la ruta que la inmensa mayoría de utiliza desde el borde de Guatemala con México (el caso de los centroamericanos) o dentro del propio territorio mexicano, hasta su llegada a la frontera Norte, tiene características peculiarmente dramáticas. Se trata de un servicio de ferrocarril de carga que los migrantes usan ocupando los vagones, el techo al descubierto, los espacios entre vagones, rejillas o ventanillas y cualquier otra forma en que les permita transportarse más rápidamente que caminando. El tren es popular y grotescamente conocido como "La Bestia", "El Dragón", "El tren del Diablo", "El Tren de la Muerte" y sus equivalentes en inglés (20). Las escenas registradas en fotografías que la prensa internacional o las redes sociales han diseminado casi regularmente, son realmente aterradoras.

Pero hay más. El viaje hacia las ciudades norteamericanas fronterizas de McAllen, Laredo o El Paso (Texas), Nogales (Arizona) o Mexicali (California) que limitan con Reynosa, Nuevo Laredo, Piedras Negras, Ciudad Acuña o Tijuana en el lado mexicano cuesta cientos, si no miles de dólares a los migrantes (muchos de ellos, familias enteras), cantidades exigidas por individuos pertenecientes a bandas conocidas como "Coyotes", muchas veces vinculadas al tráfico de drogas y otras actividades detestables. Las historias de abusos, violaciones, golpizas, repetidas demandas de mayores pagos y mínimos niveles de abrigo o nutrición son experiencias cotidianas de la jornada migratoria.

Las llamadas “Casas de Apoyo” en varias ciudades o pueblos a lo largo de la ruta de los migrantes en territorio mexicano, laboran generosamente, pero proveen solamente un alivio mínimo y transitorio.

El saldo final de estas migraciones masivas está dado por los más de 55 millones de Hispánicos (migrantes y sus varias generaciones de descendientes) que constituyen el 21 % de la población actual de los Estados Unidos, aumentando a un ritmo de casi un millón por año, y proyectándose a 130 millones o el 31 % de la población total del país, en el 2060 (21). Queda claro que, aunque más de 33 millones son de origen mexicano y otros 7, caribeño (incluyendo Cuba, Puerto Rico y las islas) o centroamericano, la comunidad hispánica en el país del Norte dista mucho de ser un ente homogéneo: a la diferente composición cultural, educacional u ocupacional, se unen creencias religiosas diversas (incluidas prácticas consideradas “primitivas” o tradicionales), aspiraciones variadas, expectativas oscilantes y un background psicológico o emocional heterogéneo.

Es interesante por ejemplo que, en tanto que 83 % de los inmigrantes sudamericanos (una cuarta parte de los cuales son colombianos, seguidos por un 16 % de peruanos, 15 % de ecuatorianos y 12 % de brasileños) tienen educación secundaria completa, solo 40 % de los mexicanos llegan a ese nivel. Los inmigrantes hispánicos en Estados Unidos exhiben la edad promedio más joven, constituyen los grupos familiares más numerosos y tienen más mujeres como “jefes de familia”. Setenta por ciento trabajan, pero cubren solo el 12 % de la fuerza laboral, con un ingreso promedio de menos de US \$ 36,000 al año, comparado con US \$ 83,000, sueldo percibido por un norteamericano. Un 25.6 % de la población hispánica vive en niveles de pobreza, percibiendo no más de US 23,000 al año. De otro lado, hispánicos matriculados en Universidades suman menos de 2 millones, otros 4 millones cuentan con grado de Bachiller y 1.3 millones tienen grado universitario avanzado (22).

Un factor sumamente relevante en la migración latina a Estados Unidos es la actitud del actual gobierno federal norteamericano ante ella, radicalmente diferente a la de administraciones anteriores al 2016. Pronunciamientos insultantes, de alta carga racista, plagada de acusaciones falsas y amenazas simbólicas y reales de rechazo y exclusión dejaron de ser considerados simples enunciados de campaña electoral para

convertirse en planteamientos políticos de creciente intolerancia, segregación y divisionismo, al apelar a rencores, resentimientos y otras oscuras fuerzas de la historia antigua y reciente de la especie humana (23). El total impacto, sin duda intenso, de esta nueva realidad está aún por verse.

### **Migraciones externas en Latinoamérica**

Dos son los ejemplos más evidentes de este tipo de migraciones en nuestro continente: las de centroamericanos a México y otros países, y la de venezolanos a varios países vecinos en Sudamérica.

De América Central a México. Es cada vez mayor el número de migrantes centroamericanos que, principalmente procedentes de El Salvador, Belice, Guatemala, Honduras y Nicaragua e inicialmente deseosos de llegar a Estados Unidos, deciden establecerse en México, debido fundamentalmente al rechazo del actual gobierno federal estadounidense. En los dos últimos años, las solicitudes de refugio en el país se han incrementado en un 350 % y muchos migrantes hablan ya del “sueño mexicano” como meta final de su jornada (24).

Lo anterior puede entenderse en función de una variedad de factores: el lenguaje, la cercanía geográfica a los familiares que quedaron detrás, las mayores posibilidades de visitas y contactos o de acceso laboral y económico, las prácticas religiosas y otras concomitancias culturales. Ello no obstante, se han dejado escuchar ya voces de rechazo y desdén: los “colonos” de varias localidades escogidas por los migrantes han expresado su descontento ante la presencia de estos “indigentes”, considerados como despojados pordioseros que, en opinión de los pobladores, van a perturbar el equilibrio social y financiero de las comunidades en las que intentan residir (25).

De Venezuela a Sudamérica. La situación social y política de Venezuela, dramáticamente agravada en los cuatro últimos años, ha resultado en la migración forzada de más de 3 millones de venezolanos a países vecinos y distantes. Más aún, hay quienes sostienen que un 12 % de la población venezolana vive fuera en más de 90 países a lo largo del mundo (26). En Sudamérica, no son ya solo Colombia o Ecuador los receptáculos más inmediatos y frecuentes de esta ola migratoria: hoy hay venezolanos en todos los países sudamericanos restantes: Perú (con casi 1 millón), Chile, Bolivia,

Argentina, Brasil, Uruguay y Paraguay en ese orden. En el momento, se habla ya de una creciente "diáspora venezolana" en Sudamérica (27).

En Lima, el 40 % de los inmigrantes venezolanos son varones, el 80 % son jóvenes entre 18 y 35 años de edad, 65 % tienen grado universitario pero laboran en una variedad de áreas no profesionales (vendedores callejeros, de "arepas" o en puestos de "comida rápida", mozos de restaurant, cuidadores de niños, asistentes en buses de servicio público, dependientes en establecimientos comerciales, lavadores de autos, cocinero(a)s, empleados domésticos, etc.). Menos de 20,000 están en condición de turistas y alrededor de 5,000 tienen carnet de extranjería, pero la gran mayoría se han acogido al llamado Permiso Temporal Permanente (TPT). Los pocos profesionales activos en su campo no ganan más de S/. 1,500.00 (500 dólares) al mes, aquéllos en negocios pequeños, entre 400 y 500 soles, las empleadas domésticas, de 400 a 800 soles y los vendedores ambulantes, un promedio de 20 soles al día. Como consecuencia de ello, no sorprende que la inmensa mayoría resida en habitaciones rústicas o viviendas modestas en zonas o distritos pobres (y peligrosas), en las llamadas "barriadas", ubicadas a distancias variables del centro de la capital (27, 28).

El escenario psico-socio-cultural de esta migración resulta ya familiar. La inicial acogida afectuosa y cálida va cambiando gradualmente hasta tornarse, en casos, rechazo primero sutil y luego abierto, con subsecuentes historias de insultos, abusos, violencia sexual o criminal, explotación laboral, conflictos y humillaciones dolorosas. Si bien la actitud oficial o gubernamental en varios de estos países refleja todavía solidaridad y aceptación, las normas administrativas o el manejo cotidiano se han ido endureciendo gradualmente y la actitud de las poblaciones anfitrionas parece reflejar esa tonalidad de cambio.

### **Migraciones internas en Latinoamérica**

Los casos más ilustrativos de este tipo de migraciones son los de dos países sudamericanos (Colombia y Perú) que fueron escenario de violentas y prolongadas guerras internas, iniciadas por facciones políticas ideológicamente orientadas a la "revolución armada", a las que los gobiernos atacados respondieron con niveles similares de violencia. Estas circunstancias determinaron así, causas y consecuencias de masivos desplazamientos poblacionales dentro de los propios confines de los países afectados.

Colombia. Por casi cuatro décadas, dos grupos armados de orientación marxista (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia [FARC] y el Ejército de Liberación Nacional, [ELN]) declararon la guerra al Estado colombiano y, ubicados en zonas selváticas o montañosas poco menos que inaccesibles, mantuvieron en constante zozobra a pueblos y ciudades mediante ataques directos, bombardeos, emboscadas, asesinatos, secuestros, torturas y actos terroristas. Aparte de cientos de miles de muertos, se calcula que más de 6 millones de personas fueron desalojadas de sus lugares de origen, en desplazamientos forzados que han durado no menos de veinte años. El 6 % de estos colombianos se mudaron a zonas urbanas, en particular Bogotá (29).

Tres de cada diez de los así desplazados viven en condiciones de pobreza extrema, ahondando lo que estudiosos llaman "el conflicto del sufrimiento" (30). Las experiencias extremas vividas por estas víctimas (por ejemplo, el haber sido testigos impotentes del asesinato de seres queridos), son factores predisponentes o desencadenantes de multitud de síntomas y de complejos cuadros clínicos. El manejo de esta crítica realidad ha sido materia central de conversaciones hacia un Acuerdo de Paz entre el gobierno y los grupos armados, en particular las FARC (31). El apoyo a estas iniciativas es mayoritario, pero todas las partes concurren en que se trata únicamente del comienzo de un largo proceso de manejo cívico- administrativo y de reconstrucción socio-cultural.

Perú. Aun cuando acciones violentas de grupos guerrilleros empezaron a ser reportadas hacia comienzos o mediados de los años 70, particularmente en pequeños poblados de la Sierra Central, en zonas cercanas a ciudades como Ayacucho o Huancavelica o en la llamada "ceja de Selva" y el Valle del Urubamba en el Sur, no fue sino hasta Julio de 1980 que se reconoció oficialmente un altísimo nivel de violencia política y se dio a conocer la "declaratoria de guerra" al Estado Peruano por parte de Sendero Luminoso (32) primero y el Movimiento Revolucionario Tupac Amaru (MRTA), después. Las hostilidades, inicialmente más persistentes en áreas rurales, se extendieron gradualmente a zonas urbanas llegando a Lima con actos terroristas, asaltos a bancos y negocios, robos, etc. generando frecuentes "estados de sitio", "toques de queda" y un estado de intensa ansiedad colectiva.

El saldo de más de 20 años de este conflicto, formalmente concluido en 1992, fue profunda y certeramente analizado en el informe final de la Comisión Nacional de la Verdad y la Reconciliación (33) publicado en el 2003. Cerca de 80,000 muertos y desaparecidos, más de 75 % de los cuales fueron campesinos o habitantes de áreas rurales dedicados a actividades agropecuarias, dejaron 20,000 viudas, 40,000 niños huérfanos y casi 500 comunidades arrasadas. Un total de 1.5 a 2 millones de peruanos fueron directamente afectados con desplazamientos forzados, mayor pobreza y problemas de salud. Un fenómeno crónico en el país (la migración interna de Sierra y Selva hacia la Costa: más del 40 % de la población de Lima procede de otras zonas), se vio así exacerbado por la llamada “guerra sucia”: la migración de familias rurales a zonas urbano-marginales de la Costa y su subsecuente fragmentación, crearon severos problemas de desequilibrio social y salud colectiva.

**Implicaciones Clínicas**

A pesar de diferencias geográficas, demográficas, religiosas o políticas, las migraciones a nivel mundial, aquí someramente examinadas, muestran una impresionante variedad de características similares que hacen factible un análisis más o menos general. La Tabla No. 1 muestra este impacto en las estrechamente vinculadas áreas socio-cultural y clínica. Puede decirse, una vez más, que los condicionamientos socio-culturales de todo proceso migratorio se constituyen en factores etio-patogénicos de una variedad de condiciones clínicas tanto físicas como mentales o emocionales. Examinaremos preferencialmente estas últimas.

**TABLA No. 1. Impacto de las Migraciones Sobre la Salud Mental**

CLÍNICO	SOCIO-CULTURAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Estrés de Aculturación</li> <li>■ TEPT</li> <li>■ Alcohol y Abuso de drogas</li> <li>■ Depresión/Suicidio</li> <li>■ Trastornos Ansiosos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Desintegración familiar</li> <li>■ Consecuencias de la ausencia parental</li> <li>■ Conducta antisocial</li> <li>■ Aislamiento</li> <li>■ Desempleo persistente y pobreza</li> </ul>

Se mencionó anteriormente el fenómeno de Aculturación y la entidad llamada Estrés de Aculturación (5, 6, 29, 30, 34), como ocurrencias universales. Factores socio-ambientales incluyen status socio-económico, conflictos de rol a nivel de la familia migrante y en su encuentro

con la sociedad anfitriona, discriminación, diferencias religiosas o lingüísticas, nivel de expectativas, etc. Aun cuando no puede negarse el papel de posibles vulnerabilidades neurobiológicas, el poder de factores psico-culturales (personalidad, auto-estima o auto-imagen, niveles y formas de comunicación inter-generacional, niveles de lealtad y reciprocidad, etc.) es sumamente relevante. Se ha dicho también que la aculturación puede tener evolución diversa: desde la adaptación exitosa (aceptación y asimilación) hasta la alienación más cruda (rechazo o deculturación) (35).

El Estrés de Aculturación puede pues ser una categoría diagnóstica per se pero también el estadio prodrómico de una entidad a definirse, factor predictivo o componente más o menos precisable de un cuadro clínico reconocido. En los tres últimos casos, la entidad más característica en poblaciones migrantes es el Trastorno por Estrés Post-traumático (TEPT), diagnosticado en 3 a 86 % de migrantes, refugiados o personas en busca de asilo político (36-40). Es importante remarcar en este contexto, el rol agravante de barreras idiomáticas, falta de apertura cultural por parte de los países anfitriones, maltrato a niños y poli-victimización de adolescentes inmigrantes de primera generación, mencionados en estudios europeos (37-39). La universalidad de los hallazgos es confirmada por estudios en Jordania (40) que describen el sufrimiento de migrantes y refugiados como una “presión creciente”, un “vínculo causal” resultante en “cambios de identidad personal”.

La población migrante de origen hispánico presenta también una variedad de condiciones clínicas aplicables a otros escenarios en el mundo. Depresión y Conducta Suicida alcanzan un acmé en los primeros tres a seis años del arribo (41); los intentos suicidas en mujeres hispánicas jóvenes son más frecuentes que en sus contrapartes caucásicas o africano-americanas en los Estados Unidos (42). Desorganización familiar es factor asociado importante, el distrés en mujeres se centra en su preocupación por la relación marital, y en hombres, en problemas ocupacionales y la percepción de falta de apoyo (43, 44).

Ansiedad y trastornos relacionados se encuentra con mayor frecuencia en inmigrantes puertorriqueños (45); este cuadro se acompaña de una mayor incidencia de enfermedades físicas y la subsecuente mayor necesidad y demanda de servicios de salud (46). Es interesante el hallazgo de rasgos

similares (alta prevalencia de dolor crónico y otras quejas somáticas) con un 28 a 35 % de ansiedad y depresión, en refugiados iraquíes en Europa (47).

Trastornos por uso de alcohol y drogas parecen responder a un modelaje familiar o parental de fuertes implicaciones socio-ambientales y, en el caso hispánico, su prevalencia es mayor en inmigrantes mexicanos sin conexiones familiares en los Estados Unidos (48). Estos trastornos exhiben múltiples complicaciones médicas, incluidas enfermedades de transmisión sexual (49).

Finalmente, los Trastornos Psicóticos ocurren hasta en un 12 % de inmigrantes hispánicos, pero la cifra llega a 27 % en mexicano-americanos (hijos de inmigrantes), fenómeno no del todo explicado (45, 49, 50). Síntomas tales como alucinaciones visuales, táctiles y auditivas son más frecuentes en mujeres con o sin diagnóstico necesariamente establecido. Sin embargo, el hallazgo más enigmático es el de una mayor frecuencia de síntomas psicóticos llamados putativos (i.e., control, inserción y publicación de pensamientos) sin llegarse a un diagnóstico preciso y generando, mas bien la necesidad de un cuidadoso diagnóstico diferencial (50).

### Discusión

Un punto que ha sido sumamente discutido a lo largo de los años es la llamada "Paradoja Hispánica", descrita inicialmente en 1986 como un mejor estado de salud general en Hispánicos en Estados Unidos, cuando comparados con blancos no-hispánicos y pese a la presencia de notables factores de riesgo (51). Se han citado varias razones en favor de este fenómeno: estilos positivos de afronte, unidad familiar, factores religiosos, valores culturales, el "modelo del migrante saludable", es decir una suerte de auto-selección en aquéllos que parten. Hay, sin embargo, cuestionamientos sustentados por hallazgos como el de "asimilación hacia abajo", fracasos educativos, la presión de la cultura anfitriona y psicopatología factual (52, 53). Los debates han de continuar.

El tema de servicios de salud, en especial de salud mental, a migrantes

es indudablemente parte de un enfoque global, pero requeriría un desarrollo más extenso y específico. Estudios previos muestran semejanzas sorprendentes con lo visto en relación a factores etiopatogénicos, socio-culturales y clínicos, sobre todo en cuanto a aspectos negativos o desfavorables en poblaciones migrantes de diversas latitudes. Una excepción parecen ser Suecia y otros países escandinavos, en los cuales el sistema de cobertura universal y medicina socializada y el establecimiento de organizaciones sociales o de apoyo combinando destrezas clínicas con destrezas culturales (empatía, mitigamiento, comprensión y participación activa) producen resultados positivos (54). El reforzamiento de sentimientos comunitarios y trabajo colaborativo ha probado ser efectivo en otros países (37, 40, 42, 48).

Utilizando una vez más la experiencia de inmigrantes hispánicos, estudiada en relación a servicios de salud, la Tabla No. 2 muestra aspectos de disponibilidad, acceso y utilización de tales servicios. Se documentan fundamentalmente deficiencias y desventajas probablemente motivadas por factores financieros o presupuestales, pero no puede negarse la vigencia de otros elementos de tipo precisamente socio-cultural: discriminación, perpetuación de desventajas psico-emocionales y socio-ambientales, estigma, temor a la exposición a riesgos que generan incertidumbres y angustias, etc.

**TABLA No. 2. Servicios de Salud Mental a Inmigrantes Hispánicos**

DISPONIBILIDAD	ACCESO Y UTILIZACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Servicios ambulatorios casi ausentes en comunidades latinas</li> <li>■ Relación directa con variables socioeconómicas</li> <li>■ Alcoholismo y abuso de drogas: atención demorada y baja disponibilidad</li> <li>■ Solo 19% de latinos con trastornos psicóticos reciben atención médica</li> <li>■ Puertorriqueños tienen más altas posibilidades de atención</li> <li>■ Relación inversa entre nivel educativo y uso de servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Niveles bajos debidos a menos años en los EE.UU., fuerte identidad étnica, uso del castellano, círculo social.</li> <li>■ Uso limitado de servicios por hispanicos con problemas mentales en los últimos doce meses</li> <li>■ 69% de inmigrantes mexicanos no utilizan servicios de salud mental</li> <li>■ 50% de menos posibilidades de uso de servicios de salud mental</li> <li>■ Razones: no uso del inglés, vivienda en zonas rurales, factores culturales</li> </ul>

La necesidad de más y mejores investigaciones en este vasto terreno académico es también innegable (55). Citamos solo algunos temas que cubren desde áreas de carácter general a enfoques más específicos: Conceptos, prácticas y avances de Psiquiatría Cultural en poblaciones migrantes; tratamiento, prevención y promoción de salud integral, con énfasis en el estudio conjunto de procesos bioculturales; ocurrencia poblacional de trastornos mentales antes y después de la migración; contexto del proceso migratorio, aculturación y modalidades de afronte (incluidos niveles de resiliencia); vigencia de Derechos Humanos en poblaciones migrantes; factores de riesgo y protección; calidad y adecuación de servicios de Salud Mental incluyendo métodos cualitativos, de medicina narrativa y atención integral; factores que influyen en la búsqueda de ayuda, modelos explicativos, síndromes culturales y otros conceptos culturales de estrés; recursos humanos para cuidados de salud en migrantes.

### Conclusiones

Las migraciones masivas tanto internas como externas constituyen un fenómeno universal, cuya factura y vigencia se han acentuado en las últimas décadas. África, Asia, el Medio Oriente y Latinoamérica comparten experiencias más o menos similares, a despecho de diferencias geográficas, demográficas, religiosas, políticas y de otros tipos. Sin embargo, la naturaleza psico-socio-cultural del impacto clínico de fenómenos migratorios internos y externos en un mundo globalizado, es incuestionable.

Debido a las variadas razones de la migración misma y a las desiguales respuestas de las sociedades anfitrionas, el estrés concomitante a complejos procesos de aculturación (con componentes neurobiológicos y socio-culturales) puede constituirse en decisivo factor desencadenante de psicopatologías diversas, individuales y colectivas. En las condiciones de vida de migrantes, refugiados y desplazados predominan pobreza, violencia y desorganización extremas, con respuestas de limitados, si no perniciosos, alcances a nivel nacional e internacionales. Además de necesarias investigaciones multidisciplinarias, es indispensable mejorar procedimientos y servicios preventivos, diagnósticos y terapéuticos a las poblaciones migrantes y acentuar la colaboración internacional que conduzca a un manejo integral, bio-socio-psico-cultural y espiritual (en una palabra, humanístico) de un fenómeno complejo y universal.

### Bibliografía

- 1) Huynen MM, Martens P, Hilderink HB. The health impacts of globalization: a conceptual framework. *Global Health*, 2005; 1: 14-21. doi: 10.1186/1744-8603-1-14.
- 2) Bhugra D, Mastrogianni A. Globalisation and Mental Disorders. *Brit J Psychiatry*, 2004; 184: 10-20.
- 3) Repke L, Benet-Martínez V. Conceptualizing the dynamics between bicultural identification and personal social networks. *Front Psychol*. 2017; 8: 469-476. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00469.
- 4) Takeuchi DT. Vintage wine in new bottles: Infusing select ideas into the study of Immigration, Immigrants and Mental Health. *J Health Soc Behav*. 2016; 57(4): 423-435.
- 5) Redfield R, Linton R, Herskovits MJ. Memorandum for the study of acculturation. *Amer Anthropologist*, 1936; 38: 149-152.
- 6) Alegría M, Alvarez K, DiMarzio K. Immigration and Mental Health. *Curr Epidemiol Rep*. 2017; 4(2): 145-155. doi: 10.1007/s40471-017-0111-2.
- 7) Pavli A, Maltezou H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *J Travel Med*. 2017; 24(4). doi: 10.1093/jtm/tax016.
- 8) Kohrt BA, Mendenhall M. (Eds.) *Global Mental Health: Anthropological perspectives*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press, 2015.
- 9) Perkins K, Wiley S, Deaux K. Through which looking glass? Distinct sources of public regard and self-esteem among first- and second-generation immigrants of color. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2014; 20(2): 213-219. doi: 10.1037/a0035435.
- 10) United Nations Refugee Agency. *Forced Displacement*. Geneva: UNHCR Global Trends, 2015, 68 pp.
- 11) McAuliffe M, Kitimbo A. African migration: What the numbers really tell us. *World Economic Forum, International Organization for Migration*. Geneva, Switzerland, 2017.
- 12) Flahaux M-L, de Haas H. African migration: trends, patterns, drivers. *Compar Migrat Studies*. 2016; 4(1): 1-25.
- 13) International Organization for Migration, Regional Office. *World Migration Report, Asia and the Pacific*. Bangkok, Thailand, 2017.

- 14) Sijbrandij M, Akarturk C, Bird M. et al. Strengthening mental health care systems for Syrian refugees in Europe and the Middle East: integrating scalable psychological interventions in eight countries. *Eur J Psychotraumatol.* 2017; 8 (sup2):1388102. doi: 10.1080/200008198.2017.138102.
- 15) Cordesman AH. The human cost of the Syrian Civil War. Center for Strategic and International Studies. New York, NY, 03-09-2013.
- 16) Travis A. On asylum and refugees, Britain left Europe years ago. *London: The Guardian*, 17-01-2017.
- 17) Collett, E. The EU's Strategic Guidelines on Migration. Uncontentious Consensus but Missed Opportunity. Migration Policy Institute 2016; Washington DC, 2014.
- 18) Zong J, Batalova J. Mexican immigrants in the United States. Migration Policy Institute Information Service. Washington DC, 11-10-2017.
- 19) Pew Research Center Hispanic Trends. Facts on U.S. Latinos, 2015. Washington DC: 18-09-2017.
- 20) Martínez O, Ugaz DM, Washington J, Goldman F. *The Beast: Riding the rails and dodging Narcos on the migrant trail.* New York, NY: Verso, 2014.
- 21) U.S. Census Bureau. Census Summary, Hispanic or Latino Population, Census Summary. Washington DC, 2016.
- 22) Krogstad JM. 5 facts about Latinos and education. Pew research Center Fact Tank. Washington DC, 28-07-2016.
- 23) The New York Times. Mr. Trump's imaginary Immigration Crisis (Editorial). New York, NY, 13-12-2018.
- 24) El Universal. Ellos luchan por vivir en México. Ciudad de México, 31-07-2017, A14.
- 25) Escobar A. Colonos desdeñan a migrantes indigentes. El Universal, Ciudad de México, 31-07-2017.
- 26) El Mundo. Países latinoamericanos notan mayor flujo de migrantes venezolanos en 2017 respecto a 2016. Montevideo, Uruguay, Sept. 1º., 2017.
- 27) Superintendencia Nacional de Migraciones. La diáspora venezolana. Lima, 2017.
- 28) La República. En Venezuela no hay futuro. Lima, Julio 14, 2017.
- 29) Campo A, Oviedo H, Herazo E. Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2014; 43: 177-185. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.003>.
- 30) Hewitt N, Juárez F, Parada AJ, Guerrero J, Romero Y, Salgado AM et al. Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado de Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016; 25: 125-140. <https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.49966>.
- 31) Oficina del Alto Comisionado para la Paz. Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera. Texto completo. Bogotá, 24-08-2016.
- 32) Gorriti G. Sendero. 2ª. edición. Madrid: Planeta, 2017.
- 33) Instituto de Democracia y Derechos Humanos, Pontificia Universidad Católica del Perú. Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación. Presentado el 28-08-2003. Lima: PUCP, 2008.
- 34) Caplan S. Latinos, Acculturation and Acculturative Stress: a dimensional concept analysis. *Policy Polit Nurs Pract.* 2007; 8: 93-106.
- 35) Berry J. Immigration, acculturation and adaptation. *Appl Psychol: An Internat Rev.* 1997; 46: 5-68.
- 36) Belz M, Belz M, Ozkan I, Graef-Calliess IT. Posttraumatic stress disorders and comorbid depression among refugees: Assessment of a sample from a German refugee reception center. *Transcult Psychiatry,* 2017; 54 (5-6): 595-610. doi: 10.1177/1363461517745473.
- 37) Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: A systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights,* 2015; 15: 29-48.
- 38) Ho L, Pottie K. Health of refugees and asylum seekers in Europe. *Cochrane Iberoamerica,* Ottawa, 2015.
- 39) Knaevelsrud C, Stammel N, Olf M. Traumatized refugees: Identifying needs and facing challenges for mental health care. *Eur J Psychotraumat.* 2017; 8, Suppl. 2. doi: 10.1080/200008198.2017.1388103
- 40) Ghumman U, McCord CE, Chang JE. Posttraumatic stress disorder in Syrian refugees: A review. *Canadian Psychology,* 2016; 57(4): 246-253.
- 41) Borges G, Breslau J, Aguilar-Gaxiola S. Immigration and Suicidal Behavior among Mexicans and Mexican Americans. *Amer j Publ Health,* 2009; 99(4): 728-733.
- 42) Aguilar-Gaxiola SA, Gullotta TP (Eds.) *Depression in Latinos. Assessment, Treatment and Prevention.* New York, NY: Springer Science, 2008.

- 43) Vega WA, Kolody B, Valle JR. Migration and Mental Health: An empirical test of depression risk factors among immigrant Mexican women. *Internat Migr Rev.* 1987; 21: 512-529.
- 44) Aranda MP, Castañeda I, Lee PJ, Sobel E. Stress, social support and coping as predictors of depressive symptoms: Gender differences among Mexican Americans. *Social Work Res.* 2001; 25(1): 37-48.
- 45) Alegría M, Mulvaney-Day N, Torres M, Polo A, Cao Z, Canino G. Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the U.S. *Amer J Publ Health,* 2007; 97(1): 68-75.
- 46) Flores E, Tschann JM, Dimas JM et al. Perceived discrimination, perceived stress, and mental and physical health among Mexican-origin adults. *Hisp J Behav Sci.* 2008; 30: 401-424.
- 47) Tekin A, Karadag H, Suleymanoglu M. et al. Prevalence and gender differences in symptomatology of posttraumatic stress disorder and depression among Iraqi Yazidis displaced into Turkey. *Eur J Psychotraumatol.* 2016; 7: 1. Published online 12-2-2016. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.28556>.
- 48) Alegría M, Strathdee SA, Pantin H. Substance risk, prevention treatments and the role of the environmental and cultural context in addressing Latinos and other ethnic/racial populations. *Editorial, Drug and Alcohol Dep.* 2012; 1255: S2-S3.
- 49) Suürmond J, Uiters E, de Bruijne MC, Stronks K, Essink-Bot ML. Negative health care experiences if immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2011; 11: 10-30. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-10>
- 50) Vega WA, Sribney WM, Miskimen TM, Escobar JI, Aguilar-Gaxiola S. Putative psychotic symptoms in the Mexican American population: Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis.* 2006; 194(7): 471-477.
- 51) Markides KS, Corell J. The health of Hispanics in the southwestern United States: An epidemiologic paradox. *Publ Health Rep.* 1986; 101: 253-265.
- 52) Alegría M, Atkins M, Farmer E, Slaton E, Stelk W. One size does not fit all: taking diversity, culture and context seriously. *Administr Pol Ment Health,* 2010; 37: 48-60.
- 53) Teruya SA, Bazargan-Hejazi S. The immigrant and Hispanic paradoxes. A systematic review of their predictions and effects. *Hisp J Behav Sci.* 35(4): 486-509. <https://doi.org/10.1177/0739986313499004>.
- 54) Andersson R, Dhalmann H, Holmqvist E, Kauppinen TM et al. *Immigration, Housing and Segregation in the Nordic Welfare States.* Helsinki, Finland: Helsinki University Print, 2019.
- 55) Patel K, Kouvonen A, Close C, Vaananen A, O'Reilly D, Donnelly M. What do register-based studies tell us about migrant mental health? A scoping review. *Systematic Reviews,* 2017; 6: 78 <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0463-1>.