

Más allá de lo biológico: incorporando una perspectiva social en la investigación sobre salud mental y migración

Nadia Irina Santillanes Allande*

RESUMEN

Tras examinar importantes discusiones sobre aspectos relacionados con la salud mental de los migrantes latinoamericanos en Estados Unidos, este artículo analiza las diversas dimensiones y desafíos que rodean la comprensión y abordaje de la salud mental desde una perspectiva que abarque otros factores sociales que influyen en el bienestar de los individuos. Para ello se realiza una revisión de investigaciones en salud pública y sociodemografía entre 1960 y 2015, identificando qué factores que pueden incidir en el malestar de las poblaciones migrantes. En el análisis e la información, se plantean los muchos desafíos que derivan de la tradición de concebir la mente exclusivamente desde una perspectiva biológica, que se ven reflejados en los instrumentos de medición y evaluación de la salud mental. Se concluye enfatizando la necesidad de trascender la visión predominantemente biológica y abordar los factores estructurales y culturales para comprender la salud mental de los migrantes, así como la urgencia de ampliar los esfuerzos de investigación en este campo para respaldar la implementación de políticas públicas en el ámbito de la salud mental.

PALABRAS CLAVE: salud mental, migración, migrantes latinoamericanos, determinantes sociales, patologización del sujeto, revisión bibliográfica.

Beyond the Biological: Incorporating a Social Perspective in Research on Mental Health and Migration

ABSTRACT

After examining significant discussions concerning the mental health of Latin American migrants in the United States, this article analyzes the various dimensions and challenges surrounding the understanding and approach to mental health from a perspective that encompasses other social factors influencing individuals' well-being. A review of public health and sociodemographic research between 1960 and 2015 is conducted to identify factors that may impact the distress of migrant populations. The analy-

* Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Noreste. Correo electrónico de contacto: nadia.santillanes@ciesas.edu.mx

Fecha de recepción: 20 de diciembre de 2023.
Fecha de aceptación: 20 de mayo de 2024.

sis of the information highlights the many challenges stemming from the tradition of conceiving the mind exclusively from a biological perspective, which is reflected in mental health measurement and evaluation tools. The article concludes with the need to overcome the predominantly biological view and address structural and cultural factors to understand the mental health of migrants, as well as the urgency to expand research efforts in this field to support the implementation of public policies in the realm of mental health.

KEYWORDS: mental health, migration, Latin American migration, social determinants, pathologization of the subject, literature review.

Introducción

La mente es una de las fronteras más disputadas en la ciencia actual. Como refiere Rafael Huerta (2012), es un territorio en el que mantienen intereses disciplinas muy diversas, desde las más clínicas y aplicadas como la psiquiatría, la psicología o la neurología, hasta la filosofía y otros saberes relacionados con la cultura y el hombre.

Particularmente, a finales del siglo XIX, las ciencias sociales han incrementado su interés y participación en la investigación dentro de este campo, abogando por la inclusión de otras variables de tipo ambiental y social para comprender y visibilizar otros aspectos que afectan la salud mental de los individuos (Vainer, 2007). Es así, que actualmente el campo de la salud mental trasciende los límites disciplinarios de las ciencias *psi* extendiéndose a las ciencias sociales y otras miradas disciplinarias. Esto ha generado nuevas preguntas sobre la etiología, la formación profesional, la influencia en la dirección de la investigación financiada y el diseño de políticas públicas (Vega y Rumbaut, 1991).

A partir del siglo XX, los estudios de género, las investigaciones sobre violencias sociales junto con el ámbito de la salud mental colectiva (Pié Balaguer et al., 2021), además, otra serie de tra-

bajos producidos desde la salud pública, sociodemografía y antropología, también han buscado identificar y vincular otra serie de factores que pueden incidir en el malestar de poblaciones que participan en las migraciones.

Es así, que este trabajo se retoma parte de estas discusiones, con un enfoque principal en los estudios realizados en Estados Unidos. Para ello, se realizó una revisión de la literatura producida principalmente entre 1960 y 2015, con especial énfasis en los estudios del campo de la salud pública y la sociodemografía de la salud mental. Se consideró partir de la década de 1960, por ser un período en que emergen diversos estudios sobre dinámicas de integración de minorías raciales en los Estados Unidos y su adaptación a una sociedad dominante (Vega y Rumbaut, 1991). En el ámbito de la salud mental, estos estudios abordaron temas como la adaptación gradual, la asimilación y la aculturación de los inmigrantes en la sociedad de acogida (Park, 1914). Posteriormente, entre 1986 y principios de los años 2000, surgieron una nueva ola de estudios que abordaron la llamada “paradoja epidemiológica hispana”. Esos trabajos han intentado explicar cómo, a pesar de su menor nivel socioeconómico y educativo en comparación con la población nativa, los hispanos suelen

mostrar indicadores de salud más favorables, incluyendo la salud mental. En este contexto, destaca el estudio de la migración latinoamericana y sus implicaciones en la salud mental.

Es así, que se explorarán los desafíos persistentes en la comprensión de concepto salud mental entre las diferentes tradiciones disciplinarias. Retos como la definición del término salud en oposición a enfermedad, los métodos utilizados para su estudio y medición, así como el enfoque dominante que la psiquiatría clásica que ha asumido las características del modelo médico hegemónico¹ (Menéndez, 2020), generado limitaciones en su comprensión y abordaje.

En este artículo de revisión bibliográfica, además de analizar los desafíos para seguir hablando y pensando solamente en la mente en el abordaje de la salud mental, se discutirá la relevancia que ha tomado el tema para la formulación de políticas públicas, particularmente en salud pública y migración. Posteriormente, desde los estudios migratorios, se explorarán las preguntas y enfoques que surgen en otros campos donde es más evidente y necesaria la inclusión de factores contextuales para su comprensión.

Este trabajo se plantea la hipótesis de que gran parte de estos desafíos, están relacionados con la tradición de concebir la mente únicamente desde una perspectiva biológica, así como cuestiones metodológicas y la forma de abordar lo social y lo individual.

¹ Nos referiremos a la orientación dominante que describe Menéndez, cuyas prácticas, saberes y teorías están marcadas por el cientificismo, biologicismo e individualismo en la explicación de las causas de la enfermedad, así como la falta de historicidad, la ausencia de contexto social y cultural en la concepción del individuo, con una clara inclinación hacia la medicalización y mercantilización (Menéndez, 2020).

La mente en el cuerpo: orientaciones dominantes y la perspectiva orgánica como última frontera

La revisión sintética que se presenta comienza destacando la persistencia de dificultades para considerar la mente y el cuerpo de manera no segmentada. Debido a esto, se considera relevante introducir una revisión sobre cómo el mundo inmaterial de la mente y las emociones terminó bajo el dominio exclusivo de las ciencias biológicas. Como punto de partida, se toma el trabajo de Roger Bartra (2021), quien profundiza en la noción de que la mente está arraigada al cuerpo, una idea que se remonta a Aristóteles (384 A.C.) en su búsqueda de erradicar los vestigios del pensamiento mágico-religioso sobre el cuerpo humano.

Estas ideas tuvieron una enorme influencia en la filosofía occidental y encontraron continuidad en la práctica clínica en el Hipocrático corpus (ca. 400 a.C.), quien introdujo la base racional para la práctica clínica y buscó desterrar el poder de los antiguos curanderos populares o “charlatanes” y “magos”.

El legado cartesiano terminó por dar cimiento a la separación de mente y cuerpo, antecedente no menor en la medicina clínica, ciencias naturales y biológicas que hasta el día de hoy influyen la representación y concepción del cuerpo humano. Estos antecedentes también nos permiten comprender el por qué en la medicina anterior a la década de 1760, la noción de “mente enferma” o la “locura”, era siempre asimilada a una enfermedad corporal, en la que el alma permanecía intacta e inmortal (Huertas, 2012).

Por consiguiente, el problema de la mente enferma comenzó a aparecer en el lenguaje médico sustentado con las ideas del dualismo cartesiano

y la relación o concepción mente-cuerpo (*ibidem*, 2012). Es por lo que se necesitará de una orientación biologicista en adelante para la comprensión de la salud mental y las aflicciones humanas como si fueran de origen totalmente orgánico o fisiológico. Se dieron también las condiciones para la emergencia de una disciplina que buscará ubicar la psicopatología, enfermedad o “eso” que no es “normal” en el cerebro del ser humano (Sheper-Huges y Lock, 1987).

Además, antecedentes como una visión anatómica del cuerpo a principios del siglo XIX, así como la anatomía patológica, han contribuido a una concepción principalmente biológica en que sitúa en el cerebro todo lo que acontece de la vida sensitiva y psíquica del ser humano (Berrios, 2013; Huertas, 2012; López-Piñero, 1992). Otro elemento ha sido la medicina hospitalaria desarrollada en Francia o anatomía patológica que demandaba que se establecieran correlaciones entre la lesión anatómica o cuerpo biológico, es decir, la corroboración de manifestaciones clínicas (signos y síntomas) para la clasificación de la enfermedad (Huertas, 2012). Así, la autopsia se convirtió en un proceso clave para el diagnóstico. Estos dos antecedentes, explican por qué era tan necesario que el cuerpo fuera el objeto de estudio para encontrar respuestas sobre “la locura”:

No importaba que el loco pudiera decir o hacer, pues el análisis de su cuerpo tras su muerte ofrecería la verdad sobre su locura. Salvo en la parálisis general progresiva, las lesiones anatómicas de la locura difícilmente serían demostradas en estudios post mortem, pero ello no impedía que la anatomía patológica contribuyera a escatimar al loco su palabra y su discurso (*ibid.*,42).

Estos son solo algunos antecedentes que esclarecen la necesidad que se mantiene hasta el día de hoy de buscar en el cuerpo, específicamente en el cerebro, marcadores biológicos objetivos, síntomas y signos como indicadores para la explicación de la locura en términos médicos (Martínez-Hernández, 2000; Caponi y Martínez-Hernández, 2013).

Por su parte, esta concepción ha tenido consecuencias teóricas y prácticas como la etiquetación de síndromes diagnosticados como “naturales” y transhistóricos, en lugar de ser entendidos como construcciones que se desarrollan en contextos sociales y culturales concretos (Huertas, 2012). Esto dificulta la comprensión de otras dimensiones de la vida social y la identificación de otros factores que pudieran llegar a influir.

La búsqueda de la causalidad social en los trastornos mentales y la interpretación del síntoma fuera del ámbito de la clínica

El interés científico por establecer una relación entre los factores sociales y los problemas en salud mental no emergió propiamente de la psiquiatría. El ímpetu por la comprensión científica del comportamiento social e individual vinculado a una serie de presiones sociales surgió más bien de las ciencias sociales. En este sentido, retomando particularmente la interpretación de la teoría social clásica de Émile Durkheim, quién en su estudio clásico *El suicidio* (1897), señalaba este acto como un indicador válido para observar el impacto ambiental sobre los individuos (Vega y Rumbaut, 1991). Por lo tanto, era necesario incluir otras variables para entender el suicidio, más allá de un fenómeno individual. A partir de esta obra, se abrieron nuevas preguntas en estudios so-

ciológicos sobre los efectos de los cambios sociales en los individuos, colocando el eje explicativo en aquello que rodea al sujeto.

Estas ideas inspiraron trabajos sobre la salud mental de las minorías étnicas y raciales en los Estados Unidos, poniendo a prueba formulaciones sobre la relación entre el individuo y la sociedad más amplia. Un clásico ejemplo era el de las áreas sociales que experimentaban un cambio social rápido, tenían mayores probabilidades de producir un efecto desorganizador en el funcionamiento personal de los individuos² (Durkheim, 2010 [1897]). Así, varios estudios supondrían o partirían de considerar que algunos miembros de minorías étnicas de origen inmigrante pasarían por un proceso de transición más parecido al descrito por Durkheim.

Dado que Émile Durkheim desarrolló su obra en el contexto sociohistórico de expansión industrial del siglo XIX, marcado por migraciones rurales hacia las ciudades, sus contribuciones trascendieron el ámbito académico y se volvieron relevantes para el diseño de políticas públicas. Sobre todo, en un momento en el que se hacía imperativo disponer de evidencia científica como fundamento para abordar problemas públicos que requerían la intervención de los Estados.

² En su estudio clásico, el suicidio se usó como un indicador válido del impacto ambiental en los individuos. La construcción original de la anomia transmitía la idea de una mayor disponibilidad de opciones de comportamiento y un debilitamiento de los controles sociales, que potencialmente abrumaba a las personas que habían sido criadas en un entorno caracterizado por expectativas sociales estables y bien definidas. Las minorías étnicas estadounidenses experimentan variaciones sobre un tema similar. Algunos miembros de minorías étnicas nacen y se crían en entornos sociales que son culturalmente diversos. Otros, como inmigrantes y refugiados, proceden a través de un proceso de transición más similar al descrito por Durkheim. Es decir, proceden de una cultura de origen estable que ha proporcionado un contexto cultural para su comportamiento y autoconcepto, a otro complejo cultural que los obliga a reorganizar sus expectativas sociales (Vega y Rumbaut, 1991).

En el ámbito de la salud, por ejemplo, a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, se buscaba construir una geografía de las enfermedades que permitiera a los tomadores de decisiones conocer la distribución de los problemas de salud de la población. También era necesario identificar y enmarcar los determinantes externos que pudieran causarlas o propiciarlas. Este ejercicio tenía como objetivo que los gobiernos implementaran intervenciones humanas adecuadas para mejorar la salud de la población y modificar comportamientos que se consideraban inapropiados o insalubres³ (Horwitz y Grob, 2011).

Así que no es de extrañar, como lo afirmó Allan V. Horwitz y Grob (2011), que la epidemiología comenzara a tomar mayor popularidad utilizando como base datos estadísticos que establecían relaciones entre los patrones de morbilidad y mortalidad, y los factores ambientales generales (Borges et al., 2004). Aunque en ese período la psiquiatría también tenía entre sus prácticas la recopilación de datos estadísticos como son las características geográficas y demográficas de los pacientes, dicha información no buscaba establecer relaciones causales como sí lo hacía la epidemiología. El uso estadístico en la psiquiatría en ese momento más bien tenía la finalidad de proporcionar evidencia de los beneficios de la atención institucional.

Es desde la epidemiología psiquiátrica que nace el interés de establecer relaciones causales entre lo ambiental, entendido también como factores de tipo social, y los trastornos mentales con estu-

³ Como menciona Horwitz y Grob en el mismo texto (2011), quizás el ejemplo más conocido sea el famoso estudio de John Snow (1854), citado por (sobre la epidemia de cólera en la Inglaterra de mediados del siglo XIX, que determinó que el suministro de agua contaminada era el vehículo que transmitía la enfermedad. Este trabajo sentó las bases de las intervenciones gubernamentales para limitar la epidemia. En este sentido, la epidemiología tuvo un papel crucial en la configuración de las políticas públicas.

dios pioneros sobre la locura como el de Edward Jarvis (1850; 1852). Su estudio en Massachusetts (1854) buscaba establecer una relación entre las tensiones sociales, como es la pobreza, y el origen étnico, tratando de establecer una asociación entre las condiciones de marginación y la locura. Como fuente de información utilizó el censo poblacional, identificando estadísticas sobre la ubicación geográfica, etnia, situación económica, sexo y raza de cada persona. Su interpretación de los resultados señalaba que extranjeros (es decir, población de origen irlandés que se encontraban en desventajas económicas), eran particularmente susceptibles a la locura porque estaban “mal adaptados” a las condiciones físicas y culturales de la sociedad estadounidense” (Grob, 1971). Aunque años después el autor reconoció una serie de sesgos, esto no desincentivó a la epidemiología por trazar un camino sobre la influencia de los entornos sociales y los desórdenes mentales (Horwitz and Grob, 2011; Borges et al., 2004).

Aun reconociendo las divergencias entre las interpretaciones que pudiesen ser establecidas entre el contexto, el individuo y su situación en lo mental, para los científicos sociales se presentó también la oportunidad de generar conocimiento estadístico que sirviera como fundamento para la política social. Por añadidura, el censo también representaba la posibilidad de reemplazar la racionalidad administrativa o política con la evidencia estadística.

A pesar de las dificultades para mostrar conexiones causales entre ambientes sociales estresantes y su asociación con índices de padecimientos mentales, los resultados de la epidemiología psiquiátrica contribuyeron por ejemplo a que el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés) se enfocara en los determinantes socioeconómicos para la interpretación

de las condiciones psicológicas. Así, las políticas federales asumieron que cambiando los factores ambientales como la vivienda, pobreza, lograrían bajar los niveles de padecimientos mentales entre la población (Horwitz y Grob, 2011).

La anterior tendencia, despertó el interés psiquiátrico por el análisis estadístico que era característico de las ciencias sociales, además de la adopción de un sistema de reporte uniforme en los hospitales mentales. También implicó que la psiquiatría dejara los límites del hospital para participar en la investigación e implementación política para las mejoras sociales, colocando los fundamentos de la higiene mental, control del alcoholismo, definiendo el tratamiento de los criminales y jugando un rol crucial en la prevención de los considerados en ese momento los males de la sociedad: el crimen y la prostitución (Como Thomas W. Salmon argumento en 1917). (Ibid.,634)

Sin embargo, aunque unidas por el interés de mostrar evidencia sobre la relación de condiciones contextuales y distribución de problemas en salud mental para la intervención en política pública, aún se mantienen ciertos desacuerdos entre la epidemiología psiquiátrica⁴ y la psiquiatría (Eaton et al., 2000).

Primero, como se ha mencionado, la práctica psiquiátrica partía en principio de una población institucional. Posteriormente, para ajustarse a la recuperación de datos que pudiese servir como

⁴ Aún con esas limitaciones, en 1920 Benjamin Malzberg creó las bases de la epidemiología psiquiátrica. A partir del censo adoptó un sistema formal de clasificación y compiló su propia nomenclatura de enfermedades que incluye enfermedades psiquiátricas. Aunque el mismo admitió que no era posible dibujar una línea entre síntomas y enfermedades, a la vez de admitir que en el futuro muchos de los términos para describir una condición patológica podía ser considerada síntoma si la etiología de la enfermedad era descubierta (Horwitz y Grob 2011).

guía para oficiales responsables en política pública, tuvo que dar un paso a la medición del rol de elementos ambientales en la incidencia de los trastornos mentales de una población institucionalizada a la población general. Lo anterior representó grandes dificultades para una disciplina que se suscribía a una interpretación somática de la locura. Sin embargo, se aceptó incluir en la investigación causas y factores ambientales que contribuyen al desarrollo de “trastorno mental” de manera secundaria (Horwitz y Grob, 2011; Burger y Neeleman, 2007).

Además, y hasta la fecha, existen otras incompatibilidades importantes para tener en cuenta.

Primero, las ciencias sociales han apostado por la identificación de determinantes ambientales que puedan propiciar problemas en salud mental, mientras el método de la psiquiatría clásica se mantiene en la clasificación (de esos desórdenes) y su diagnóstico. Segundo, aun cuando la psiquiatría se concentra la clasificación e identificación de diferentes “trastornos en salud mental”, aún mantiene problemas para la conceptualización y medición de las también llamadas psicopatologías. Esto pone dificultades a la epidemiología psiquiátrica para partir de una clasificación exacta de las enfermedades. Finalmente, por la falta de entrenamiento en medicina, los estadísticos y científicos sociales tendemos a la aceptación acrítica de las clasificaciones psiquiátricas. Ignorando muchas veces los problemas que aún poseen la nosología basada en la sintomatología más que en la investigación de causas (Borges et al., 2004).

Aún con las continuas críticas sobre la poca claridad en la nosología y la estandarización de diagnósticos a través de guías como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales o DSM-5-TR (APA 2023), estas nosologías siguen

siendo ampliamente utilizadas por los investigadores sociales para medir de manera uniforme los factores de riesgo. Su uso ha permitido reducir costos y mejorar el manejo estadístico de muestras (*idem* 2004).

A continuación, se realizará una breve revisión de estudios introductorios que han identificado la relación entre factores sociales y su influencia en la salud mental en contextos específicos. Concretamente, nos centraremos en los estudios sobre la relación entre migración y salud realizados en Estados Unidos.

El estudio de caso de la salud mental y migración en salud pública

Como hemos visto, fue desde la sociología, la epidemiología psiquiátrica y la psiquiatría social que a principios del siglo XX se comenzó a estudiar la influencia de aspectos ambientales en la salud mental de los individuos. También como ya se dijo, era de interés la evidencia científica y estadística para la elaboración de políticas públicas. Entre 1920s y 1930s, los datos utilizados para las investigaciones de tipo social aún eran obtenidos de la oficina del censo, el departamento de higiene mental del estado de Nueva York y el comisariado de enfermedades mentales (Horwitz, 2011). Fue hasta 1950, que los propios investigadores realizaran sus primeras encuestas de campo para estimar la “verdadera prevalencia” de los trastornos psiquiátricos en poblaciones no institucionales.

En esta línea, destacan los estudios pioneros desarrollados desde la epidemiología descriptiva por Leo Srole en la ciudad de Nueva York, o los de David C. Leighton en el Condado de Stirling en Canadá. Este último fue un estudio longitudinal que tenía el propósito de investigar la epidemiología de los desórdenes psiquiátricos en pobla-

ción adulta. El estudio involucró una evaluación psiquiátrica integral de los pacientes, incluyendo una entrevista clínica, un examen físico y una revisión de los registros médicos. También fue de gran influencia para el desarrollo de aproximaciones etnometodologías en los estudios en salud mental (Leighton et al., 1963).

Otra de las innovaciones que se produjeron a la par de estos estudios fue la introducción de las primeras listas de verificación de síntomas diseñadas para medir la gravedad y/o duración de los síntomas comúnmente observados entre pacientes psiquiátricos. Con mayor frecuencia, se crearon para identificar la depresión, la angustia psicológica y el nivel de disfunción, incluido el desempeño del rol social (Vega y Rumbaut, 1991). La validez de criterio de estas escalas cortas se demostraba comparando poblaciones clínicas con no clínicas.

Gran parte de los trabajos de L. Srole, se produjeron en coautoría con Langer, TS (1962), quién desarrolló una escala en puntuación de detección de 22 ítems de síntomas psiquiátricos que indican deterioro centrado en aspectos psicobiológicos, y en segundo lugar sentimientos de depresión y retraimiento (Garrity et al., 1977). Dicha escala, también conocida como la escala Langer, sigue siendo utilizada en estudios para medir la angustia psicológica y la necesidad de tratamiento en adultos jóvenes (Lace et al., 2019).

Por su parte, Link y Dohrenwend (1980) han señalado que estas escalas cortas comenzaron a asociar los síntomas que tipifican la angustia psicológica con un nivel socioeconómico bajo. En esta línea, destacaban otros estudios como el de Horatio Pollock, y su intento de demostrar el vínculo entre las enfermedades mentales y su relación con ambientes insanos: incorporando una serie

de variables como el sexo, la edad, así como los análisis de la efectividad terapéutica y resultados (Pollock, 1941).

Según estos autores, este tipo de síntomas se ajusta al concepto de “desmoralización” o postulado rigurosamente por Jerome Frank (1973), más que a un diagnóstico clínico de “depresión mayor” (una incapacitación más profunda y duradera).

Estos estudios también comenzaron a explorar y comparar las diferencias étnicas entre los síntomas reportados por estas listas. Entre esos trabajos se encuentra el de Benjamin Malzberg, analizando la relación entre desórdenes mentales por edad, expectativa de vida, etnicidad, raza, religión, lugar de nacimiento, educación, y factores económicos. En uno de sus trabajos mostró que nativos nacidos en Nueva York tenían significativamente valores más bajos de psicosis que los nativos que nacieron fuera y migraron a ese estado (Horwitz y Grob, 2011).

Aunque sus hallazgos a menudo fueron aceptados en su momento, el día de hoy se han abierto preguntas en torno a la precisión de sus métodos o recolección de datos para determinar la prevalencia de los trastornos mentales. Sus datos eran en el mejor de los casos, representativos sólo de las personas en tratamiento en los hospitales psiquiátricos del estado de Nueva York. Nuevamente, estos hallazgos, como los de otros que se basan en las tasas de tratamiento, no ofrecen estimaciones de prevalencia verdaderas para población no institucional. Por su parte, otra de las críticas ha estado relacionada con no tomar en cuenta el lugar de origen u otro tipo de características como la edad, el sexo, la procedencia rural o urbana, ocupación, nacionalidad, entre otros (Fábrega, 1969; Cuevas, 1989; Burvill, 1984; Srole et al., 1962).

Años después, más que en términos de método, Murphy cuestionó las conclusiones de ciertos estudios que se concentraron en una sola forma de cambio social, como es la migración, por no incluir otros aspectos que pueden ser determinantes, como la historia personal o familiar del individuo, la predisposición del individuo al colapso mental, el sexo, los roles sociales vinculado con sus expectativas sociales, y otros factores que pueden vulnerar al individuo (Murphy, 1977).

Trabajos más contemporáneos han mostrado que el impacto de la migración en la salud mental de los migrantes puede ser multifacético e incluso puede ser mediado a través de varios mecanismos subyacentes como son las condiciones socioeconómicas, el entorno físico o político, a la vez del apoyo social, sustancial para el apoyo emocional y estresores que pueden estar presentes durante el proceso de partida, tránsito y destino (Bhugra, 2004; Caicedo, 2019).

El estudio de la influencia de las variables socioeconómicas en la prevalencia de la salud mental de la población migrante ha otorgado por ejemplo a la sociodemografía un papel crucial. Se ha abordado por ejemplo la “paradoja epidemiológica hispana”, término acuñado por Markides y Coreil (1986) para explicar cómo a pesar de su menor nivel socioeconómico y educativo en comparación a la población nativa, los hispanos suelen mostrar indicadores más saludables. Esto se refleja en la esperanza de vida más larga, una tasa de mortalidad infantil más baja, menos condiciones crónicas y mejor salud mental, por mencionar algunos ejemplos documentados (Halliday y Kimmitt, 2008; Hayward y Garza, 1999; Markides y Eschbach, 2011; Riosmena y Dennis, 2012; Rubalcava et al., 2008; Farley et al., 2005; Lu, Yao and Zhang, 2016).

Frente a lo anterior se han generado varias hipótesis, la más generalizada postula que existe una selección previa entre la población emisora de migrantes que se traduce en un proceso de “migración de los más aptos” (Galvez, 2012), de modo que solamente los más sanos y competentes, pueden soportar las extenuantes condiciones emocionales, físicas y desafíos institucionales que se presentan en el trayecto migratorio y en la posterior adaptación al nuevo entorno. Para el caso de los indicadores que advierten una menor mortalidad e incluso mayor longevidad de la población hispana con respecto a la población anglosajona, la hipótesis del sesgo del salmón sugiere que los inmigrantes regresan a sus comunidades de origen al jubilarse o enfermarse, convirtiéndose así en “estadísticamente inmortales” (Abraído-Lanza et al., 1999; Palloni y Arias, 2004; Gálvez, 2011).

Respecto a los estudios en salud mental, parte de la literatura ha mostrado que los inmigrantes latinos tienen menores riesgos de aparición de algunos trastornos psiquiátricos en su país de origen, pero una vez en los EE. UU., parecen experimentar riesgos de aparición similares a los de los latinos nacidos en EE. UU. Los estudios sugieren que una mayor duración de la residencia en los EE. UU. se asocia con un mayor riesgo de trastornos psiquiátricos entre algunos inmigrantes latinos, en particular, los de origen mexicano. Así, se han llegado a considerar que cuanto más tiempo permanezcan los inmigrantes latinos en su país de origen, resultará en tasas más bajas de trastornos a lo largo de la vida (Alegría et al., 2007).

Estos estudios contradicen una interpretación dominante que consideraba de manera positiva el proceso de aculturación a la sociedad de acogida, (Ortiz & Arce, 1984; Rogler et al., 1991). Trabajos como el de Hunt, Schneider y Comer

(2004) y Singh y Siahpush (2001), consideran que la aculturación, proceso gradual mediante el cual los inmigrantes pierden parte de su estilo de vida culturalmente definido y adoptar algunas de las normas y comportamientos del país de acogida (Hunt, Schneider y Comer, 2004; Singh y Siahpush, 2001; Vega et al, 2004), muchas veces se adquieren valores culturales estadounidenses relacionados con un mayor riesgo de problemas de salud física y mental. Entre algunos de sus ejemplos documentados se considera la interrupción de las redes de apoyo familiar (Rogler et al., 1991), mayor conflicto intergeneracional, mayor carga familiar y una identificación potencialmente más débil con valores culturales latinos que se han asociado con una mejor salud mental, como fuertes lazos familiares (Finch & Vega, 2003).

Esta idea considera que a medida que aumenta el tiempo de residencia de los inmigrantes en los Estados Unidos, es probable que aumenten los comportamientos no saludables como el tabaquismo y el consumo de alcohol, así como un mayor índice de masa corporal (Abraído-Lanza, Chao y Flórez, 2006; Gfroerer y Tan, 2003). Respecto a estos estudios, los académicos han advertido que los estudios de aculturación son insuficientemente multidimensionales y no toman en cuenta los factores estructurales y culturales (Abraído-Lanza et al., 2006). Ninguna de estas hipótesis ha sido probada de manera concluyente, dejando que la paradoja se describa como un misterio esquivo (Galvez, 2011).

Alegría (2007) señala otro tema importante a considerar, y es el relacionado con los instrumentos de medición y la familiarización por la duración de residencia de los inmigrantes en el país de acogida. Por ejemplo, algunos síntomas pueden no existir en el repertorio de los inmigrantes latinos menos aculturados, mientras que algunas

experiencias de síntomas más típicas de los inmigrantes menos aculturados pueden no estar incluidas en las evaluaciones de diagnóstico, como “nervios”; o algunos síntomas pueden no tener la misma distribución o significado entre los inmigrantes latinos que residen en contextos fuera de los EE. UU. (Mezzich, Jorge y Salloum, 1994; Alegría et al., 2008). Escobar (1998) argumentó que algunos estudios epidemiológicos pueden cometer una “falacia de categoría” al aplicar instrumentos de evaluación de diagnóstico desarrollados en una sociedad occidentalizada a la cultura latina. Otros investigadores han sugerido que los síntomas de somatización (más que quejas sintomáticas específicas) son una expresión de depresión y ansiedad en poblaciones latinas y asiáticas (Canino, 2004; Pina & Silverman, 2004; Varela et al., 2004; Tausig et al., 2003).

Reflexiones finales

Este artículo de revisión bibliográfica sobre los aspectos sociales que se vinculan con la salud mental propone una lectura introductoria para personas que se adentran en la temática de poblaciones migrantes. Después de analizar una serie de trabajos e investigaciones en salud pública y sociodemografía publicadas en Estados Unidos entre 1960 y 2015, podemos reflexionar en los siguientes puntos.

En principio, es a partir del siglo XIX, se comenzó a desdibujar la frontera entre lo que sucede en la mente y aquello que puede estar relacionado con su bienestar o malestar fuera del cuerpo individual. Este fenómeno se puede atribuir en gran medida al interés de otras disciplinas en comprender los posibles efectos de los factores externos en la salud mental de las personas, así como la posibilidad de aplicar esta relación en la formulación de políticas públicas, especialmente, en

asuntos relacionados con la salud y el bienestar de la población.

El interés en comprender la dimensión psicosocial de la migración se refleja en una amplia literatura sobre salud y migración, estudios sobre las violencias y su impacto en el bienestar, así como la salud comunitaria y colectiva. Este enfoque que ha ido en aumento demuestra el creciente interés por incluir otras variables que pueden ser determinantes en la salud mental de ciertos grupos sociales que se encuentran expuestos a ciertos factores de riesgo.

En la revisión crítica de literatura en salud pública y sociodemografía, encontramos que las investigaciones particularmente buscaron identificar y demostrar una serie de factores que pueden incidir en el malestar de las poblaciones que han participado en migraciones. Identificamos que este interés se abordó desde dos perspectivas: la primera, que busca establecer la relación entre los acontecimientos sociales y su impacto en el individuo que los experimenta; la segunda, se centra en la identificación de los determinantes externos que afectan al individuo, con el propósito de implementar intervenciones humanas adecuadas a través del diseño de políticas públicas.

El proceso de transición de una sociedad rural a una urbana, así como de una sociedad tradicional a una moderna, ha sido sometido a pruebas para identificar los factores sociales que influyen en la salud mental de quienes experimentan dichos cambios. Estos escenarios incluyen ambientes insalubres y condiciones de marginación, los cuales han sido objeto de estudio para comprender su impacto en la salud mental de los individuos en el siglo XIX y XX.

Actualmente regresan estos debates pero en un escenario en el que las políticas de disuasión y externalización migratorias han incrementado, y en que cada vez son más cotidianos los abusos sistemáticos que sufre la población migrante ante autoridades migratorias y traficantes durante el tránsito y arribo. Además, existen una serie de condicionantes que continúan orillando cada año a miles de personas a salir de su lugar de origen, estos incluyen la violencia familiar o del crimen organizado, pobreza económica y alimentaria, y desastres ambientales (Gouritin, 2021).

Frente a lo anterior, es necesario continuar no solo pensando en la relación de estas condiciones sociales con la salud mental, sino también, en formas de intervención para trabajar dichos males no solamente en el plano individual. Para el caso de México, estas intervenciones actualmente son desarrolladas por voluntarios en los albergues de sociedad civil quienes promueven una perspectiva psicosocial que considere otros niveles como es el familiar y comunitario para la comprensión del padecimiento de los sujetos.

Sin embargo, creemos importante extender los esfuerzos individuales al plano de la investigación en salud mental y migración, así como en la implementación de políticas públicas formalizadas desde el sector salud. Consideramos que aún continúan grandes retos en este campo, como la utilización de métodos de medición y diagnóstico por parte de la psiquiatría clásica, así como una concepción principalmente biológica de la salud mental, en que no solo se secundarizan las cuestiones ambientales, sino que se no se tratan. En particular, es necesario considerar la influencia de los determinantes sociales en la salud mental de las poblaciones migrantes, adecuándose a los escenarios actuales, así como implementar intervenciones en que no solo se patologiza al sujeto.

Referencias bibliográficas

- ABRAÍDO-LANZA, A. F., DOHRENWEND, B. P., NG-MAK, D. S., & TURNER, J. B. (1999). The Latino mortality paradox: A test of the “salmon bias” and healthy migrant hypotheses. *American Journal of Public Health*, 89(10), 1543-1548. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.10.1543>
- ABRAÍDO-LANZA, A. F., ARMBRISTER, A. N., FLÓREZ, K. R., & AGUIRRE, A. N. (2006). Toward a theory-driven model of acculturation in public health research. *American Journal of Public Health*, 96(8), 1342-1346. DOI: 10.2105/AJPH.2005.064980
- ALEGRÍA, M., SRIBNEY, W., WOO, M., TORRES, M., & GUARNACCIA, P. (2007). Looking Beyond Nativity: The Relation of Age of Immigration, Length of Residence, and Birth Cohorts to the Risk of Onset of Psychiatric Disorders for Latinos. *Research in Human Development*, 4(1), 19-47. DOI: 10.1080/15427600701480980
- ALEGRÍA, M., CANINO, G., SHROUT, P. E., WOO, M., DUAN, N., VILA, D., TORRES, M., CHEN, C.-N., & MENG, X.-L. (2008). Prevalence of Mental Illness in Immigrant and Non-Immigrant U.S. Latino Groups. *American Journal of Psychiatry*, 165, 359-369.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2023). DSM-5. Recuperado de <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- BARTRA, R. (2021). *Melancolía y cultura. Las enfermedades del alma en la España del Siglo de Oro*. Barcelona, España: Anagrama. ISBN: 9788433964670
- BERRIOS, G. (2013). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- BHUGRA, D. (2004). Migration and Mental Health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 243-258.
- BORGES, G., MEDINA-MORA, M. E., & LÓPEZ-MORENO, S. (2004). El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública de México*, 46(5), 451-463. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000500011&lng=es&tlng=es
- BURGER, H., & NEELEMAN, J. (2007). A glossary on psychiatric epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(3), 185-189.
- BURVIL, P. W. (1984). Immigration and mental disease. En J. E. Mezzich y C. E. Berganza (Eds.), *Culture and Psychopathology* (pp. 243-256). New York, NY: Academic Press.
- CAICEDO, M. (2019). Trabajo y salud mental de latinoamericanos en Estados Unidos. Más que una paradoja. México: IIS-UNAM.
- CUEVAS, C., CÓRDOBA, S. (1989). El estudio de la salud mental en relación a los procesos migratorios. *Esbozo de un modelo*. *Salud Mental*, 12(1).
- DURKHEIM, É. (2010). *El suicidio. Estudio de sociología*. México: Colofón.
- EATON, W. X., & MERIKANGAS, K. R. (2000). Psychiatric Epidemiology: Progress and Prospects in the Year 2000. *Epidemiologic Reviews*, 22(1).
- FARLEY, T., GALVEZ, A., DICKINSON, L. M., & DIAZ PEREZ, M. J. (2005). Stress, coping and health: a comparison of Mexican immigrants, Mexican-Americans, and non-Hispanic Whites. *Journal of Immigrant Health*, 7(3), 213-220.
- FINCH, B. K., & VEGA, W. A. (2003). Acculturation stress, social support, and self-rated health among Latinos in California. *Journal of Immigrant Health*, 5(3), 109-117.
- GÁLVEZ, A. (2011). *Patient citizens, Immigrant Mothers, Mexican Women, Public Prenatal Care, and the Birth-Weight Paradox*. University Press. New Brunswick, New Jersey.
- GARRITY, T. F., MARX, M. B., & GRANT, W. (1977). Langner's 22-item measure of psychophysiological strain as an intervening variable between

- life change and health outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 21(3), 195-199.
- GFROERER, J., & TAN, L. (2003). Substance Use Among Foreign-Born Youths in the United States: Does the Length of Residence Matter? *American Journal of Public Health*, 93(11), 1892-1895.
- GROB, G. N. (1971). *Insanity and Idiocy in Massachusetts: Report of the Commission on Lunacy, 1855*, by Edward Jarvis. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- HORWITZ, A. V., & GROB, G. N. (2011). The checkered history of American psychiatric epidemiology. *Milbank Quarterly*, 89(4), 628-657.
- HUERTAS, R. (2012). *Historia cultural de la psiquiatría*. La catarata. España.
- HUNT, L. M., SCHNEIDER, S., & COMER, B. (2004). Should “acculturation” be a variable in health research? A critical review of research on US Hispanics. *Social Science & Medicine*, 59, 973-986.
- LACE, J. W., HAEBERLEIN, K. A., & HANDAL, P. J. (2019). Multidimensionality of the Langner Symptom Survey and Replication of a Cutoff Score in Emerging Adults. *Psychological Reports*, 122(1), 340-359.
- LEIGHTON, D. C., HARDING, J. S., MACKLIN, D. B., HUGHES, C. C., & LEIGHTON, A. H. (1963). Psychiatric findings of the Stirling County Study. *American Journal of Psychiatry*, 119, 1021-1026.
- LINK, B., & DOHRENWEND, B. P. (1980). Formulations of hypotheses about the true prevalence of demoralization in the United States. En B. P. Dohrenwend, B. S. Dohrenwend, M. S. Gould, B. Link, R. Neugebauer y R. Wunsch-Hitzig (Eds.), *Mental Illness in the United States: Epidemiological Estimates* (pp. 3-17). Praeger: New York.
- LU, Y., & ZHANG, A. T. (2016). The link between migration and health. En A. T. Zhang y W. A. Vega (Eds.), *Health and Well-Being of Latino Immigrants* (pp. 19-43). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781784714789.00011>
- MARKIDES, K. S., & COREIL, J. (1986). The health of Hispanics in the southwestern United States: an epidemiologic paradox. *Public Health Reports*, 101(3), 253-265.
- MARKIDES, K. S., & ESCHBACH, K. (2011). Hispanic paradox in adult mortality in the United States. En R. G. Rogers y E. M. Crimmins (Eds.), *International Handbook of Adult Mortality* (pp. 227-240). Dordrecht: Springer Netherlands.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Á. (2000). Anatomía de la ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura. En E. Perdiguero Gil y J. M. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 249-276). Barcelona: Bellat.
- MENÉNDEZ, E. L. (2020). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica* (1a ed. ampliada). De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. (Cuadernos del ISCo. Salud colectiva / Spinelli, Hugo; 7)
- MEZZICH, J. E., JORGE, M. K. R., & SALLOUM, I. M. (1994). *Psychiatric Epidemiology: Assessment Concepts and Methods*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- MURPHY, H. B. M. (1977). Migration, Culture and Mental Health. *Psychological Medicine*, 7, 677-684.
- ORTIZ, V., & ARCE, C. H. (1984). Language orientation and mental health status among persons of Mexican descent. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 6(2), 127-143.
- PALLONI, A., & ARIAS, E. (2004). Paradox lost: explaining the Hispanic adult mortality advantage. *Demography*, 41(3), 385-415.
- PARK, R.E. (1914). Racial Assimilation in Secondary Groups With Particular Reference to the Negro. *American Journal of Sociology*, 19, 606 - 623.
- PIÉ BALAGUER, A., CORREA-URQUIZA, M., & MARTÍNEZ HERNÁEZ, Á. (2021). *Soltar amarras: Una introducción a la salud mental colectiva*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

- PINA, A. A., & SILVERMAN, W. K. (2004). Clinical phenomenology, somatic symptoms, and distress in Hispanic/Latino and Euro-American youths with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 227-236.
- POLLOCK, H. M. (1941). *Mental Disease and Social Welfare*. Utica, NY: State Hospitals Press.
- RIOSMENA, F., & DENNIS, J. A. (2012). A tale of three paradoxes: the weak socioeconomic gradients in health among Hispanic immigrants and their relation to the Hispanic health paradox and negative acculturation. In J. L. Angle, F. Torres-Gil, & K. Markides (Eds.), *Aging, Health, and Longevity in the Mexican-Origin Population* (pp. 95-110). Boston, MA: Springer US.
- ROGLER, L. H., CORTES, D. E., & MALGADY, R. G. (1991). Acculturation and mental health status among Hispanics: Convergence and new directions in research. *American Psychologist*, 46, 584-597.
- RUBALCAVA, L. N., TERUEL, G. M., THOMAS, D., & GOLDMAN, N. (2008). The healthy migrant effect: new findings from the Mexican Family Life Survey. *American Journal of Public Health*, 98(1), 78-84.
- SINGH, G. K., & SIAHPUSH, M. (2001). All-cause and cause-specific mortality of immigrants and native born in the United States. *American Journal of Public Health*, 91(3), 392-400.
- SNOW, J. (1854). The Cholera near Golden Square, and at Deptford. *Medical Times and Gazette*, 9, 321-22.
- SROLE, L., LANGNER, T. S., MICHAEL, S. T., OPLER, M. K., & RENNIE, T. A. C. (1962). *Mental Health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study*. New York, NY: McGraw-Hill.
- TAUSIG, M., SUBEDI, S., & BROUGHTON, C. L. (2003). Measuring community mental health in developing societies: Evaluation of a checklist format in Nepal. *International Journal of Social Psychiatry*, 49(4), 269-286.
- VAINER, A. (2007). De qué hablamos cuando hablamos de salud mental. Topia. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/de-qu%C3%A9-hablamos-cuando-hablamos-de-salud-mental>
- VARELA, E. R., VERNBERG, E. M., SANCHEZ-SOSA, J. J., RIVERAS, A., MITCHELL, M., & MASHUNKASHEY, J. (2004). Anxiety reporting and culturally associated interpretation biases and cognitive schemas: A comparison of Mexican, Mexican American, and European families. *Journal of Clinical and Adolescent Psychology*, 33, 237-247.
- VEGA, W. A., & RUMBAUT, R. G. (1991). Ethnic Minorities and Mental Health. *Annual Review of Sociology*, 17, 351-383.
- VEGA, W. A., SRIBNEY, W., AGUILAR-GAXIOLA, S., & KOLODY, B. (2004). 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders Among Mexican Americans: Nativity, Social Assimilation, and Age Determinants. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(8), 532-541.