



La migración ha resurgido a gran escala con la globalización, y afecta a más personas, hogares y comunidades, por lo que su importancia socioeconómica es creciente. Cerca del 3% de la población mundial vive hoy día en un país distinto a aquel donde nació (ONU). Es un fenómeno complejo, relevante y multifactorial, cuyo estudio debe abordarse desde una perspectiva multidisciplinaria a fin de considerar aspectos muy diversos pero complementarios, como los económicos, demográficos, políticos, sociológicos y de salud pública. Los migrantes precisan adaptarse ante el cambio de país de residencia, pues suelen sufrir experiencias que pueden deteriorar tanto su salud física como mental y repercutir en los ámbitos psicológico, educativo y cultural. Enfrentan el riesgo de caer en adicciones, violencia, depresión o suicidio. Como estrategia protectora, suelen establecer comunidades de apoyo que intentan conservar su cultura original.

Esta obra ofrece, entre otras cosas, una panorámica sobre algunas facetas que viven los migrantes mexicanos en su lucha por hallar oportunidades laborales y una vida mejor. Pretende brindar una visión integral del conocimiento sobre migración que comparten algunas instituciones de la AMIESIC, para crear sinergias y realizar propuestas de programas de intervención que favorezcan a nuestros migrantes, dondequiera que se encuentren.



La migración en México
y su impacto en la vida social de las personas

La migración en
México
y su impacto en la vida social
de las personas



Coordinador **Jesús Heracio del Río Martínez**

México

La migración en

CO

y su impacto en la vida social de las personas



Diseño editorial: Parentalia ediciones
Diseño de portada: LDI Claudia Lucía del Río Valdés

Revisión técnica:

Dr. Rafael Modesto de Gasperín Gasperín
Profesor titular
Cátedra Institucional de “Sistemas de Creencias y Globalización”
Cátedra de Investigación “Persona y Desarrollo Moral”
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey
Campus Monterrey

Dr. José Damián Carrillo Ruiz
Coordinador del Área de Psicofisiología
Escuela de Psicología
Universidad Anáhuac México Norte

Las opiniones en esta publicación son responsabilidad de los autores y no representan necesariamente la posición de la Universidad Anáhuac México Norte.

Río Martínez, Jesús H. del

La migración en México y su impacto en la vida social de las personas / Jesús H. del Río Martínez. – México : Universidad Anáhuac México Norte : AMIESIC, 2010.

360 pp.; 27 x 20 cm.

ISBN: 978-607-7652-11-3

Rústica

1. México – Emigración e inmigración 2. Inmigrantes – Educación. 3. Inmigrantes – Salud e higiene 4. Inmigrantes – Aspectos psicológicos

Dewey 304.80972 M636 2010

LC HB1991 M636 2010

Primera edición, 2010
ISBN: 978-607-7652-11-3

© Asociación Mexicana de Instituciones de Educación Superior de Inspiración Cristiana, 2010
Benjamín Franklin 58, col. Escandón
México, D.F. C.P. 11800

© Coedición Universidad Anáhuac México Norte / AMIESIC, 2010

La presentación y disposición en conjunto de:
La migración en México y su impacto en la vida social de las personas

son propiedad del editor. Queda prohibida la reproducción y transmisión parcial o total de esta obra en cualquier sistema o método electrónico o mecánico (incluyendo el fotocopiado, la grabación o cualquier sistema de recuperación y almacenamiento de información), sin consentimiento por escrito del editor.

Derechos reservados:

© 2010, Investigaciones y Estudios Superiores SC
Universidad Anáhuac México Norte
Av. Universidad Anáhuac 46, col. Lomas Anáhuac
Huixquilucan, Estado de México, C.P. 52786

Contenido

PRÓLOGO Dr. Alfredo Vargas Alonso	11
PREFACIO Jesús Heraclio del Río Martínez	15
1 LAS MANIFESTACIONES INTERNACIONALES Y NACIONALES DE LA MIGRACIÓN. REFLEXIÓN ACERCA DE SUS CAUSAS Gregorio Sánchez Muñoz	19
2 GLOBALIZACIÓN Y MIGRACIÓN: LAS NUEVAS TENDENCIAS DE LOS MOVIMIENTOS MIGRATORIOS Salvador Ignacio Escobar Villanueva	35
3 ANÁLISIS TEÓRICO DE LA MIGRACIÓN Fernando González Figueroa	51
4 ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO DEL EMPLEO DE MIGRANTES Gustavo E. Sauri Alpuche Alejandro Muñozcano Tourné	63
5 LA MIGRACIÓN INTERESTATAL EN MÉXICO 1995-2000: UN ANÁLISIS GRÁFICO Y ECONOMÉTRICO Alejandro Muñozcano Tourné Gustavo E. Sauri Alpuche	85
6 REMESAS FAMILIARES: ¿EL FIN DE LA GALLINA DE LOS HUEVOS DE ORO? Mari Carmen González Videgaray Jesús Heraclio del Río Martínez	119

7	MIGRACIONES Y DERECHOS HUMANOS Carlos Germán Cabrera Beck	147
8	TRÁSFUGAS DE SENTIDO: MIGRACIÓN Y EDUCACIÓN EN SOCIEDADES MULTICULTURALES Felipe Gaytán Alcalá	157
9	OPORTUNIDADES DE REALIZACIÓN PROFESIONAL EN EL EXTRANJERO Gregorio Sánchez Muñoz	169
10	EDUCACIÓN CONTINUA Y MIGRACIÓN. MÁS ALLÁ DE LA FRONTERA: NUEVOS TERRITORIOS PARA LA EDUCACIÓN Mariana Herrera Dondiego Nancy Picazo Villaseñor Luis Medina Velázquez	181
11	EXPERIENCIAS DE EDUCACIÓN MULTICULTURAL Jesús Antonio Serrano Sánchez	201
12	EL MIGRANTE COMO PORTADOR DE ENFERMEDADES INFECCIOCONTAGIOSAS Luis Clemente Jiménez Botello Didre Armonía Romero Barrera Diana Cecilia del Río Valdés	221
13	ASPECTOS PARADÓJICOS DE LA SALUD EN LOS MIGRANTES MEXICANOS QUE VIVEN EN ESTADOS UNIDOS Arturo Cervantes Trejo Thalia Porteny Hoffman	237
14	SIDA Y MIGRACIÓN INTERNACIONAL EN EL ESTADO DE HIDALGO: EL CASO DE UNA VIUDA EN EL MUNICIPIO DE MIXQUIAHUALA Tomás Serrano Avilés Fernando González Figueroa	251

15	PROCESOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA MIGRACIÓN	
	Alejandra Domínguez Espinosa	
	Alma Polo Velázquez	<u>263</u>
16	DERECHOS DE LAS TRABAJADORAS Y TRABAJADORES MIGRANTES: UNA VISIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO	
	Alejandra Domínguez Espinosa	
	Alma Polo Velázquez	<u>277</u>
17	LA MIGRACIÓN COMO PROCESO DE CAMBIOS EN EL MIGRANTE MÉXICO-ESTADOS UNIDOS Y SU FAMILIA	
	Angélica Ojeda García	<u>287</u>
18	ADICCIONES Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LOS MIGRANTES	
	Patricia Martínez Lanz	<u>305</u>
19	PANORAMA DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LA POBLACIÓN MIGRANTE. PROPUESTAS PARA SU PREVENCIÓN	
	María Elena Rivera Heredia	<u>315</u>
20	CREENCIAS RELIGIOSAS EN EL FENÓMENO MIGRATORIO MEXICANO	
	Graciela Polanco Hernández	
	María del Rocío Orellana Méndez	<u>335</u>
	SEMBLANZAS	<u>345</u>

PANORAMA DE LA CONDUCTA SUICIDA
EN LA POBLACIÓN MIGRANTE:
PROPUESTAS PARA SU PREVENCIÓN*

Dra. María Elena Rivera Heredia**

Resumen

La comprensión de la conducta suicida desde diferentes posturas teóricas se revisa en un esfuerzo por comprender el incremento de la misma en el momento actual. Se comparan las tasas de suicidio de México con las de los países colindantes en su frontera norte y sur, así como las tasas de suicidio en los estados de tradición migrante. Se reflexiona en torno a las causas asociadas con el suicidio, así como los estresores relacionados con la experiencia de migración y los diferentes duelos que vive el migrante y su familia. Para finalizar, se plantea la promoción de los recursos personales, familiares, sociales y de salud, como una estrategia de prevención del suicidio; así como una serie de propuestas para la atención psicológica a los migrantes y a su familia.

* Parte del contenido de este capítulo fue presentada en el 1er. Congreso Latinoamericano sobre Migración Internacional. Voces del sur, organizado por el CIEAP en Toluca en noviembre de 2008 con el trabajo titulado “La promoción de la salud y el fortalecimiento de los recursos personales, familiares y sociales como estrategias de intervención ante la migración”, y en el foro temático de Investigación sobre salud organizado por la AMIESIC y realizado en la Universidad Iberoamericana el 15 de agosto de 2007, con el tema: “Estrategias para evitar el suicidio y promover la salud mediante mensajes audiovisuales”.

** Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y Universidad Simón Bolívar. Correo electrónico: maelenarivera@gmail.com

Panorama general en torno a la conducta suicida

Los mexicanos podemos distinguirnos de los ciudadanos de la mayoría de los países del mundo por nuestras bajas tasas de suicidio, ya que son las terceras más bajas de todos los países del continente americano. Sin embargo, en años recientes se ha observado la tendencia mundial del incremento del número de intentos de suicidio, así como los consumados, lo cual se ha manifestado de manera tal que del periodo de 1970 al 2002 la tasa de suicidios, en México, ha aumentado en un 250% (Borges, 2006).

El suicidio es una conducta que ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad aunque con diferentes significados, que van desde una muestra de valentía y honor, como un signo de lealtad, de cobardía, de enojo, hasta la manifestación de la más profunda vulnerabilidad física y psicológica. Desde una perspectiva sociológica, Émile Durkheim (1987/2000) sustenta que el suicidio es la consecuencia de la naturaleza de la relación del individuo con la sociedad. Se trata del acto consciente y voluntario de quitarse la vida, el cual puede ser considerado positivo o negativo según los estándares del grupo social de cada cultura y momento sociohistórico. En esa misma época Sigmund Freud (1978) destacaba como motores de la conducta humana al impulso de vida y al de muerte (Eros y Tánatos); cada persona tiene que resolver de manera continua la interacción entre estas dos fuerzas, ambas necesarias en el quehacer humano. El suicidio sería entonces la evidencia de que Tánatos se impuso sobre Eros.

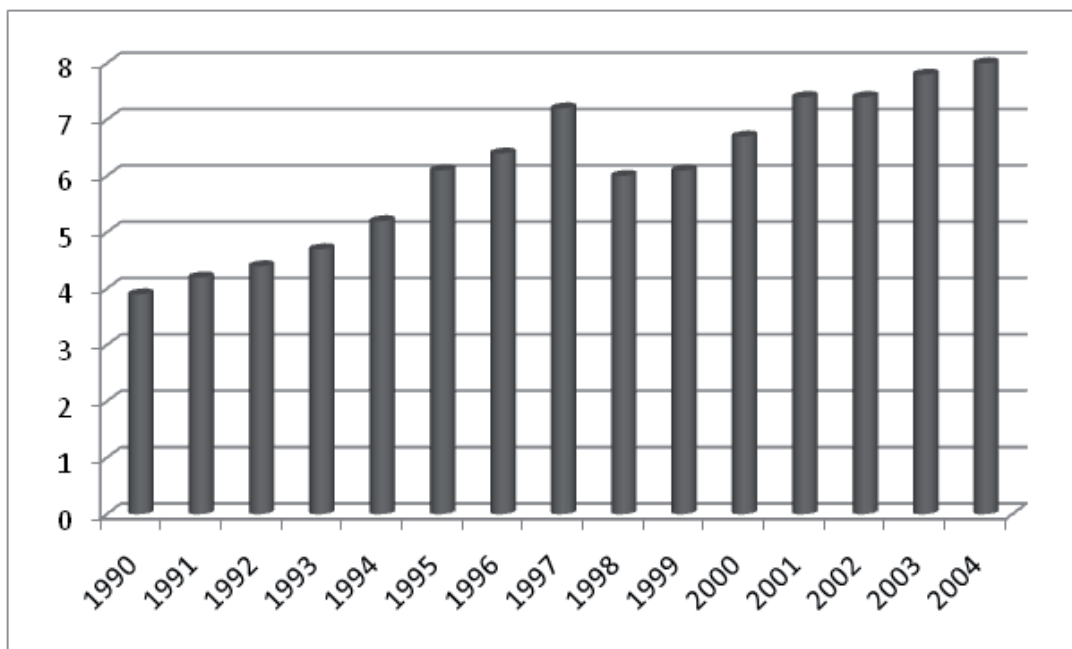
Desde el punto de vista humanista existencial, Victor Frankl (1993) relaciona la conducta suicida con la pérdida del sentido de la vida. Al respecto, Erich Fromm (1985) establece que una de las ideas que más confusión, respecto al sentido de la vida genera, es la de creer que la vida es justa o lógica. Para él, hay tres hipótesis que explican el aumento de suicidios en la sociedad contemporánea:

1. El considerar a la vida como una empresa justa, en donde se hacen balances en los que se evalúa el fracaso o el éxito: “El individuo se suicida exactamente como un hombre de negocios, se declara en quiebra cuando las pérdidas exceden de las ganancias y cuando ha perdido la última esperanza de recuperarlas”. (p. 130);
2. La sensación de tedio y de monotonía de la vida, como consecuencia del modo enajenado de vivir; y
3. El anonimato social o *anomia*, que consiste en pasar inadvertido y carente de vínculos profundos a pesar de estar rodeado de gente (retoma esta hipótesis de Durkheim, 2000).

Desde su perspectiva, las personas necesitamos aprender a manejar las múltiples dificultades que acompañan nuestro transcurrir por la vida, partiendo de las situaciones de injusticia, incongruencia, inequidad y ambivalencia actuales, con la esperanza y el deseo de participar en la construcción de mejores condiciones de vida.

Las conductas suicidas tienen como propósito el buscar una solución; pretenden suspender la conciencia en un esfuerzo para manejar el intolerable dolor psicológico generado por la frustración de sus necesidades psicológicas. Las personas que pretenden suicidarse se encuentran en un estado de desesperanza y tienen la sensación de que no cuentan con ayuda. Se sienten deprimidos y confundidos por ideas ambivalentes; ven su panorama sin opciones. Responden con enojo hacia los demás, pero se atacan a sí mismos. Como patrón común han mostrado dificultad para enfrentar los obstáculos que se les han presentado a lo largo de su vida. A final de cuentas, con su conducta suicida dejan un mensaje respecto a su malestar e incomodidad existencial (Schneidman, 2005; Singh y Jenkins, 2000).

Del total de las muertes ocurridas en México en el 2004, el 8% de las mismas se debió a lesiones autoinflingidas de manera intencional, es decir, a suicidios consumados (INEGI, 2006). En la gráfica 1 pueden observarse las tasas de suicidio desde 1990 hasta el 2004.



Gráfica 1. Comparación de las tasas de suicidio en México de 1990 a 2004

Los grupos de edad en los que se presentan mayores tasas de suicidio y de intento suicida son el de las personas mayores de 65 años y el de los adolescentes (WHO/OMS, 2006). En México, el suicidio es la cuarta causa de muerte en población de entre 15 y 29 años, y la séptima entre 5 y 14 años (INEGI, 2006). Una causa de muerte frecuente en los adolescentes son los accidentes, rubro en el que pudieran ubicarse algunos suicidios encubiertos. Las tres causas principales de muerte entre la población infantil de origen latino en Estados Unidos, de entre 1 a 17 años de edad, fueron lesiones por accidente, cáncer y homicidio. Específicamente, en el rango de los 13 a los 17 años de edad, se encuentran las lesiones por accidente, el homicidio y el suicidio (Wallace *et.al.*, 2005).

En México, los jóvenes reportan como principal motivo del intento suicida los problemas familiares; los conflictos con los padres, tales como maltrato, violencia, humillaciones y castigos; seguidos por los sentimientos de soledad, tristeza y depresión. El cortarse con un objeto punzocortante (*cutter* o trozo de vidrio) fue el método más utilizado tanto por los hombres como por las mujeres, seguido por el consumo de pastillas o de medicamentos, los cuales fueron elegidos predominantemente por mujeres. Con menor frecuencia, en el grupo de los hombres, se menciona el intentar ahorcarse o asfixiarse, usar armas de fuego y lanzarse al vacío (González Forteza *et.al.*, 2002).

La migración mexicana hacia Estados Unidos ha sido una constante de las relaciones entre ambos países desde hace más de un siglo y medio, y se ha intensificado en las últimas tres décadas. Hay 25.5 millones de personas de origen mexicano que residen en Estados Unidos, de las cuales 9.9 millones de ellas nacieron en México (CONAPO, 2004).

De acuerdo con las estadísticas del INEGI (2003), la tasa nacional de migración es de 1.5 por cada 100,000 habitantes. De las 32 entidades federativas que integran los Estados Unidos Mexicanos, se presentan mayores tasas de migración en los estados de Zacatecas, Michoacán, Guanajuato, Durango, Morelos, Nayarit, Aguascalientes, Hidalgo, San Luis Potosí y Jalisco. Estos estados se ubican en la región centro y norte del país.

Llama la atención que en general los estados *expulsores* presentan tasas de suicidio cercanas a la media nacional. En los estados en los que se presentan tasas más altas son, en el caso de los hombres, Durango y San Luis, que ocupan el lugar 8° y 9° de mayores tasas de suicidio; mientras que en el de las mujeres, Durango y Jalisco ocupan el 7° y 10° lugar, respectivamente. En el extremo contrario se encuentran los estados de Morelos y de Hidalgo, los cuales ocupan el último lugar nacional de tasas de suicidio, el primero en varones y el segundo en mujeres. Por lo

que se puede concluir que en los estados donde se presenta alta migración, por lo general, las tasas de suicidio son bajas (ver cuadro 1).

Cuadro 1. Presencia de suicidio en las entidades federativas con mayor migración

Posición entre las 32 entidades federativas	Migración Internacional	Hombres			Mujeres		
	Entidad federativa	Tasa de migración internacional	Tasa de suicidio	Posición entre las 32 entidades federativas	Tasa de migración internacional	Tasa de suicidio	Posición entre las 32 entidades federativas
1	Zacatecas	7.8	8.8	12	1.9	1.3	19
2	Michoacán	6.5	6.9	19	1.7	1.3	18
3	Guanajuato	5.9	7.5	15	1.0	1.5	12
4	Aguascalientes	4.7	9.42	10	0.8	1.6	10
5	Hidalgo	4.6	4.2	29	0.9	0.5	32
6	Durango	4.2	10.1	8	1.5	1.7	7
7	San Luis Potosí	4.2	10.1	9	1.1	1.4	14
8	Morelos	4.1	2.9	32	1.5	1.1	24
9	Nayarit	4.0	6.9	18	1.4	1	25
10	Jalisco	3.9	8.6	14	1.4	1.7	9
	Estados Unidos Mexicanos	2.4	6.8		0.7	1.3	

Fuente: Elaborado a partir de los datos reportados por INEGI (2003).

Los inmigrantes con menos de diez años de vivir en Estados Unidos, en su mayoría, son adultos jóvenes entre los 18 y los 34 años de edad, y tienen la mayor participación laboral de todos los grupos; trabajando principalmente en los sectores agrícola, de la construcción y de los servicios, en donde ofrecen salarios bajos y poco acceso a seguro médico. Una gran proporción de inmigrantes mexicanos adultos viven en situación de pobreza (Iniciativa de Salud de las Américas, 2007). El pertenecer a estratos socioeconómicos bajos se asocia con mayor riesgo de intento de suicidio, sintomatología depresiva, trastornos mentales comunes (básicamente depresión y ansiedad); así como cuadros clínicos específicos, como trastornos del estado de ánimo, fobias, disfunción sexual y déficit cognitivo (Ortiz-Hernández *et.al.*, 2007).

Para comprender la salud mental de los migrantes es necesario analizar los procesos de aculturación y de asimilación cultural. La asimilación se refiere a la declinación y eventual desaparición de una distinción étnica y de sus diferencias

asociadas; consiste en el grado en que los individuos y los grupos han desarrollado capital humano, social y/o cultural, y pueden ser usados para incluirse en la cultura dominante. La asimilación también puede aumentar las habilidades de los hispanos para tener acceso al empleo formal e informal, así como apoyo y la información que ellos necesitan. El obtener ese apoyo puede ser especialmente difícil para los trabajadores temporales o para los migrantes sin documentos, los cuales tienden a estar menos asimilados. La asimilación, no obstante, puede no ser un proceso enteramente benéfico. Algunos estudiosos sugieren que las personas menos asimiladas y más aisladas culturalmente, es decir, quienes viven procesos de aculturación, poseen un mayor potencial de factores protectores ligados a instituciones heredadas culturalmente que actúan como freno ante el suicidio, tales como alguna religión o una identidad cultural comunitaria, así como lazos culturales, redes familiares e integración con los vecinos (Wadworth & Kubrin, 2007).

La presencia de la depresión y del suicidio en ambos lados de la frontera

México es un país de origen, tránsito y destino. En el intento de llegar a los Estados Unidos, miles de centroamericanos, sudamericanos y también del Caribe arriban a México para atravesar su territorio y cruzar la frontera de más de 3 mil kilómetros que separa a ambos países. Esta movilidad pone en riesgo su salud y su propia vida. Sólo en el año 2005 murieron 516 migrantes, cifra mayor a las registradas en los últimos 10 años. Las fronteras norte y sur del país presentan características especiales por concentrar diversos flujos migratorios. En Chiapas, hay un importante intercambio comercial y ocurre una intensa movilidad de nacionales de Guatemala, Honduras, El Salvador y, en menor medida, de países de América del Sur. Muchos llegan con la idea de continuar su viaje hacia Estados Unidos pero por falta de recursos económicos se quedan en la zona fronteriza, donde también existe un mercado laboral temporal tradicional para los migrantes en la agricultura y un mercado de trabajo fronterizo que tienden a consolidarse y diversificarse (foro migraciones, 2005), (Moya & Uribe, s/f, 1).

Cuando se compara la tasa de suicidio de México con la de los países de la frontera norte y sur (ver cuadro 2) se encuentra que, tanto Guatemala como Belice tienen tasas de suicidio inferiores (ambas son de 2.3), mientras que la tasa de suicidio de Estados Unidos es de 15.9, siendo cuatro veces mayor a la reportada en México.

Cuadro 2. Comparación de la tasa de muertes por suicidio en Belice, Guatemala, México y Estados Unidos

Países	Belice	Guatemala	México	Estados Unidos
Población total millones	0.251	12.036	101.965	291.038
Tasas de suicidio	2.3	2.3	3.9	15.9

Fuente: Organización Mundial de Salud, 2004

Ello explica que cuando se comparan las tasas de suicidio en las personas que viven en Estados Unidos, identificando las diferencias según el grupo étnico de origen, se encuentra que se presentan tasas más altas en las personas de raza blanca y negra, que entre los hispanos. (ver cuadro 3)

Cuadro 3. Tasas de suicidio por grupo étnico en Estados Unidos

Grupo étnico		Tasa por cada 100,000 personas
Blancos		13.5
Negros		07.1
Hispanos	Nacidos en Estados Unidos	05.0
	Nacidos en el extranjero	05.4

Fuente: Elaborado a partir de datos reportados por Wadsworth & Kubrin (2007)

Ante la pregunta de ¿por qué los hispanos se suicidan menos? Wadsworth y Kubrin (2007) consideran que más allá de los factores económicos, son los factores culturales los de mayor influencia protectora ante el suicidio, tales como la religión, las redes de identidad social y de la comunidad de origen. Todas ellas sirven como una serie de fuerzas integradoras en el entretejido social de las comunidades hispanas.

La migración internacional parece tener un importante rol en la transformación de las normas del uso de sustancias y en la patología en México; esta conclusión surge de la investigación realizada por Borges, Medina-Mora, Breslau y Aguilar-Gaxiola (2007), quienes encontraron que las personas que habían migrado a los Estados Unidos tuvieron mayor probabilidad de haber usado alcohol, marihuana o cocaína por lo menos una vez en su vida, de desarrollar un trastorno por uso de sustancias o de tenerlo en el último año, que los mexicanos que no habían migrado.

En un detallado análisis de la conducta suicida en los migrantes, Borges, Medina Mora, Zambrano y Garrido (2006) encontraron que la presencia de algún trastorno mental y el estar retirado de una ocupación, son variables que se

asocian con intentos de suicidio en los últimos doce meses; por lo que proponen como estrategias de prevención para atajar estos factores de manera directa a la atención inmediata y de calidad a las personas con trastornos mentales, así como al seguimiento cuando han recibido tratamiento. Aunado a ello en el ámbito laboral, consideran que una estrategia preventiva sería mantenerlos con un empleo estable y bien remunerado. Dado que las personas que presentaron intentos de suicidio habían sido usuarios de servicios de salud, en mayor proporción que quienes no habían presentado un intento de suicidio, cobra relevancia el que reciban atención temprana, oportuna, de calidad y con seguimiento.

La migración como proceso de duelo

Uno de los sucesos de vida de gran impacto en el individuo y su familia es la separación de alguno de sus miembros, sobre todo cuando ésta implica gran distancia física, incertidumbre y periodos prolongados de alejamiento (Martínez, 2008). La migración es considerada como un suceso de vida estresante, que va acompañado de múltiples procesos psicológicos de ajuste y adaptación (Farley *et.al.*, 2005; Salgado de Snyder & Díaz-Guerrero, 2003).

El dejar la tierra, la casa, la familia, los amigos, los olores, los sabores, el calor ambiental y humano, aunado a un peligroso recorrido para cruzar la frontera, así como los retos de ubicarse, conseguir dónde vivir, colocarse laboralmente, adaptarse a los nuevos usos y costumbres, a las normas sociales del grupo de convivencia y a las reglas del lugar de trabajo; el vivir contando los pesos para pagar los gastos del diario, vivir junto con el ahorro para el envío de la ayuda a los familiares, y sobre todo, el manejar la soledad y la tristeza de estar alejado de los seres queridos, junto con el reto de encontrar un estado de bienestar y de tranquilidad en el nuevo lugar; todo esto implica una movilización extrema de recursos psicológicos. Se ponen en juego, antes que nada, el impulso por la sobrevivencia que moviliza las habilidades, actitudes, conocimientos y valores, para enfrentar problemas y buscar salir adelante.

Se esperaría, por lo tanto, trastornos de ansiedad, entre ellos el trastorno por estrés postraumático, trastornos del estado de ánimo o un trastorno adaptativo, siguiendo los lineamientos del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* DSM-IV (2001). El Dr. Achótegui (2004) propone que muchos de los síntomas que se observan en migrantes parecieran ser los trastornos mentales anteriormente mencionados, sin embargo, considera que más que trastornos mentales, en la mayoría de los casos, presentan el denominado Síndrome de

Ulises; el cual consiste en una sensación de abatimiento y de profunda tristeza, que desaparece en el momento en el que la persona se reúne con sus seres queridos.

“Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos” (Achótegui, 2004). Considera que el duelo migratorio es un duelo parcial, múltiple y recurrente, que revive experiencias infantiles, y puede llevar a reacciones regresivas; puede ser tal su intensidad que dé lugar a un cambio de identidad.

La intensidad del síndrome varía según la severidad de los duelos por los que el inmigrante atraviesa, los cuales según Achótegui (2000, 2008) pueden ser simples, complicados o extremos, en cada tipo de duelo que evalúa. Hay duelos por la pérdida de:

1. La familia y los seres queridos;
2. La lengua;
3. La cultura (costumbres, valores, sentido del tiempo...);
4. La tierra (paisajes, colores, olor, luminosidad, temperatura, humedad);
5. El estatus social (documentos de identidad, trabajo, vivienda, acceso a oportunidades, pérdida de estatus);
6. Contacto con el grupo de pertenencia (prejuicios, xenofobia, racismo);
7. Los riesgos a la integridad física (peligros en el viaje migratorio, accidentes laborales o domésticos; riesgos ante nuevas enfermedades).

Aunado a ello, hay que tomar en cuenta los factores intervinientes que son moduladores de los duelos y de su intensidad; al tomarlos en cuenta es posible identificar el grado de vulnerabilidad del migrante, lo que permitirá tener elementos para su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Al analizar la experiencia de jóvenes hijos de migrantes se encuentra que, con frecuencia, sienten que han hecho un gran esfuerzo por adaptarse, lo que les ha llevado a comportarse como adultos desde muy pequeños. Viven un deseo de arraigo acompañado de la duda de dónde colocarlo, si en el país de origen o en el país receptor; con frecuencia sienten que no encajan adecuadamente en ninguno de los dos países; algunos de ellos buscan integrar las contradicciones e incluirse como parte de ambos. De ahí que con frecuencia experimenten sensaciones de desamparo, miedo y ambivalencia. Refieren que no sólo se trata de hablar el mismo idioma, sino de hablarlo como lo hace la gente de cada lugar, con sus modismos, significados locales, así como su manejo del humor. Desean sentir que pertenecen a algún grupo o a algún lugar, por lo que ansían encontrar personas que los orienten

y les ayuden a integrarse para poder comprender, tanto al grupo de amigos, como a la sociedad en general. Esa figura también es necesaria en su experiencia de retorno al país de origen, en donde también se sienten diferentes o marginados, dado que han cambiado sus expectativas y metas, así como las oportunidades para llevarlas a cabo (Castillo & Piper, 1996).

Con todo lo anterior, es posible apreciar el panorama de las múltiples y variadas fuentes de estrés que experimentan los migrantes, las cuales influyen en el incremento de las tasas de suicidio en dicha población.

La promoción de la salud y el fortalecimiento de los recursos en las familias con experiencia de migración

Diversos investigadores en materia de prevención han descubierto que hay algunas fortalezas humanas que actúan como amortiguadores en contra de la enfermedad mental, como: la valentía, la visión a futuro, el optimismo, las relaciones interpersonales, la fe, el trabajo ético, la esperanza, la honestidad, la perseverancia y la capacidad para fluir y darse cuenta, entre otras.

Por consiguiente, conocer los mecanismos a través de los cuales se fortalecen la valentía, las habilidades interpersonales y la esperanza en el futuro, es una tarea esencial para el trabajo preventivo, debido a que éstas sirven como amortiguadores contra los problemas de salud mental, entre ellos el abuso de sustancias, la depresión; así como con el intento suicida (Carr, 2007). Las percepciones humanas normales marcadas por un sentimiento positivo de sí mismo, una sensación de control personal y una perspectiva optimista, incluso irrealísticamente optimista sobre el futuro; pueden representar recursos de reserva que no sólo ayudan a las personas a manejar las fluctuaciones de la vida diaria sino que permiten asumir un significado especial que les ayuda a enfrentarse a los eventos amenazantes y estresantes de la vida.

Reconocer en sí mismo que se poseen recursos para manejar las diferentes situaciones de vida, se asocia con la creencia de tener la capacidad de poder hacer algo, también llamada “autoeficacia” (Thompson *et al.*, 2002); la cual es un factor protector para diversos problemas de salud mental. Las frustraciones que acompañan a la pobreza y a la marginación social que viven los grupos minoritarios, entre ellas la migración, pueden ser mitigadas por la esperanza y la creencia en un futuro mejor. En los hispanos, esas esperanzas y creencias pueden ser más frecuentes en las comunidades predominantemente de clase media y alta. En contraste, en aquellos

lugares donde las historias exitosas son raras, las dificultades que acompañan a las desventajas pueden proveer más dificultades para salir adelante; lo cual resulta en depresión, ansiedad, consumo de sustancias y otros precursores del suicidio (Wadworth y Kubrin, 2007).

La promoción de la salud busca habilitar a las personas para que aumenten el control sobre sí mismos y su medio ambiente, así como para que mejoren su salud integral. Al alcanzar el estado de completo bienestar físico, mental y social, el individuo o el grupo pueden ser capaces de identificar y de realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o enfrentar el ambiente que los rodea (OMS, Carta de Ottawa, 1986). Por lo tanto, las intervenciones preventivas deberán estar dirigidas al incremento de los recursos personales, familiares y sociales, promoviendo los procesos para modificar sus actitudes, creencias y conductas; en el primer caso y en el segundo modificando los factores del medio ambiente, sobre todo el de las redes de apoyo, para que estos cambios repercutan en el individuo (WHO/OMS, 2006; Martínez *et.al.*, 2001; Hurrelmann, 1997).

Recomendaciones para la intervención terapéutica y psicoeducativa con familias de migrantes

Una alternativa práctica y sensible para la atención a la población migrante que presenta riesgo suicida sería recomendar el uso de línea telefónica de ayuda psicológica coordinada por la Cruz Roja Mexicana, llamada SAPTEL (2008); la cual cuenta con un número telefónico al cual pueden comunicarse las personas de cualquier lado de la frontera. Su eslogan es “Llámanos, nosotros te escuchamos”. Su página electrónica es www.saptel.org.mx

Con la ventaja de que por parte de SAPTEL encontrarán a una persona que habla su mismo idioma, con disposición y entrenamiento para escuchar y orientar a quienes experimentan crisis o situaciones de extrema tensión, como sería el caso de los migrantes con ideación suicida. Si se llama desde el Distrito Federal, el número es 5259.8121; de larga distancia desde Estados Unidos, 001.5255.5259.8121. También cuenta con un número de larga distancia sin costo, el 01800.472.7835.

También pueden utilizarse los materiales psicoeducativos que abordan los temas de salud mental y migración, como lo son: *Historias de ir y venir y la salud mental: manual para promotores de salud*, elaborado por la iniciativa de salud México-California (2003); así como el cuadernillo: *Cuida tu salud. Consejos*

de salud para la familia migrante, publicado por el Instituto Nacional de Salud Pública (2006).

De manera general, en torno a la vivencia de la migración, los integrantes de la familia necesitan:

- Romper el silencio: empezar a hablar de lo que cada uno ha vivido, cómo lo ha enfrentado y cómo se siente al respecto
- Informarse de los recursos institucionales y sociales a los que pueden tener acceso
- Informarse de las normas a cumplir en el país receptor
- Conocer el idioma y sistema de creencia del país receptor
- Reforzar el conocimiento sobre el país de origen
- Conocer cómo se mueven las comunidades hispanas en EE.UU.; con quién ir y qué hacer, en qué situaciones
- Promover una actitud de mayor participación en el propio autocuidado y bienestar personal, en el familiar y en el comunitario
- Favorecer la participación en grupos de ayuda o en redes de apoyo social
- Identificar modelos de desarrollo
- Continuar apoyándose entre sí y apoyando a los demás

A los psicoterapeutas, Celia Falicov (2001, 2003, 2005) les sugiere que: “para poder transformarnos en interlocutores efectivos, debemos reflexionar sobre nuestras propias experiencias de migración”; propone:

1. Obtener una narrativa de la migración (quién, cómo, cuándo, qué pasó en la etapa de premigración/preparación, la entrada, y la adaptación);
2. Considerar las conexiones entre países y partes de la familia;
3. Explorar los significados positivos y negativos de la migración para cada miembro de la familia;
4. Preguntar acerca de la emergencia de rituales espontáneos;
5. Co-construir con los clientes rituales terapéuticos apropiados.

Gran parte de las dificultades de adaptación en el migrante y su familia pueden mitigarse o elaborarse mejor, si se conoce más la cultura propia y la cultura del país receptor (Dowling y Welch, 2005).

Por lo tanto, se requieren actores sociales que cubran un rol como *vinculadores*, *traductores* o *mediadores*, que ayuden a que este proceso sea menos doloroso, tanto

en los diferentes sectores con los que tenemos contacto: en nuestro mundo público y en el privado; ya sea en el ámbito personal y en el familiar, como en los sectores educativo, laboral, de salud y social.

Reflexiones finales

Migrar implica un impulso de vida, tener la esperanza de un futuro mejor. Quizá los estados en donde hay mayor migración exista también un espíritu de lucha y de búsqueda de sobrevivencia mayor. ¿Por qué luchar yéndose? Porque es un patrón humano el recorrer la tierra hasta encontrar el mejor lugar para asentarse, y crecer.

Se ha encontrado un camino de prosperidad. Quizá ese es el que se sigue. Posiblemente el panorama de salir adelante cuando tienes fuerza y ganas de hacerlo no es tan rápido en las regiones en donde ellos viven. Nadie le regala nada al que se va. Trabaja, y trabaja mucho. Tan trabajador es en México como en Estados Unidos, pero el ingreso recibido por la cantidad de trabajo realizado es desigual. Aún más cuando el sector de trabajo es el agrícola.

El desarrollo regional que permita disminuir las diferencias entre México y Estados Unidos, así como entre México y los países de la Frontera Sur, Guatemala y Belice, traería como consecuencia un decremento del flujo migratorio (Tuirán, 2006; Delgado y Márquez, 2006). La búsqueda de la equidad, y del desarrollo de sociedades más igualitarias, puede favorecer una mayor integración social y por lo tanto ser un factor de promoción de la salud y de prevención del suicidio. Esta labor puede iniciarse desde el espacio íntimo de la familia, y el espacio público de la red social tanto familiar como institucional.

Para prevenir el suicidio a nivel familiar en ambos lados de la frontera se requiere disminuir los conflictos en casa, generando ambientes familiares que sean percibidos por los integrantes como cálidos, armónicos y agradables; construir un sentimiento de unión y apoyo, y favorecer la expresión de ideas y emociones en el interior de la familia.

A nivel social, se requiere trabajar construyendo comunidades contenedoras; también dentro del ámbito social se requiere trabajar en la generación de políticas públicas que disminuyan la contradicción social a la que están sometidos los mexicanos: crecer en un mundo que les ofrece pocas posibilidades de empleo, salud y educación; además de múltiples problemas de seguridad y de economía.

El trabajo multidisciplinar e interdisciplinario en materia de promoción de la salud y prevención del suicidio, mediante el fortalecimiento de los recursos

personales, familiares y sociales tendrá que ser un reto y compromiso a futuro, si queremos garantizar un mejor ambiente para los niños y los jóvenes de México y del mundo.

Retomando los planteamientos de la Carta de Ottawa (OMS, 1986), para promover la salud y prevenir el suicidio se requiere habilitar las capacidades individuales (como la resiliencia, autocontrol, autoeficacia, autoestima); habilitar los recursos comunitarios, generando comunidades que favorezcan el crecimiento óptimo de sus individuos y les provean redes de apoyo con entornos saludables, así como trabajar en la gestión para crear políticas públicas que favorezcan la salud es una tarea a continuar desarrollando, si se quiere un planteamiento sólido para la prevención del suicidio.

Referencias

- Achótegui, J. (2000). Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y social, en E. Perdiguero & J. Comelles, *Medicina y Cultura* (pp. 88-100). Barcelona: Bellatierra.
- Achótegui, J. (2004). Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Revista Norte de Salud Mental*, 21, 39-52.
- Achótegui, J. (2007). El síndrome de Ulises. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple. Recuperado en línea en marzo de 2010 en: <http://www.pensamientocritico.org/josach0407.html>
- Achótegui, J. (2008). *Migración y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple: síndrome de Ulises*. Puebla, México: III Curso Internacional sobre Migración y Salud, junio 30 a julio 04.
- Borges, G., Medina Mora, M. E., Zambrano, J. & Garrido, G. (2006). Epidemiología de la conducta suicida, *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. (pp. 205-222). D. F.: SSA.
- Borges, G., Medina Mora, M. E., Breslau, J. & Aguilar-Gaxiola, S. (2007). The effect of migration to the United States on substance use disorders among returned mexican migrants and families of migrantes, en *American Journal of Public Health*, 97, 1847-1851.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva. La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós.
- Castillo Vergara, M. I. & Piper Shafir, I. (1996). *Jóvenes y procesos migratorios*. Santiago de Chile: Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos (ILAS).
- CONAPO (2004). El número de migrantes mexicanos a Estados Unidos asciende a 9.9 millones. Comunicado de prensa 03/04. Recuperado el 10 de octubre de 2007 de <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2004/03boletin2004.htm>
- Delgado Wise, R. y Márquez Cobarrubias, H. (2006). La migración mexicana hacia Estados Unidos a la luz de la integración económica regional: nuevo dinamismo y paradojas. En *Revista THEOMAI*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2007 en: <http://revistaheomai.unq.edu.ar/NUMERO14/ArtWise.pdf>
- Dowling, P.J & Welch, D. E. (2005). *International Human Resource Management. Managing People in a Multinational Context* (4th ed.) (pp. 57-80) USA: Thompson.
- Durkheim, E. (2000). *El Suicidio*. D.F.: Ediciones Coyoacán (Trabajo original publicado en 1897).

- Falicov, C. (2001). Migración, pérdida ambigua y rituales. *Perspectivas sistémicas, la nueva comunicación*, 69. Disponible en <http://www.redsistemica.com.ar/migracion2.htm>. Recuperado el 30 de agosto de 2008.
- Falicov, C. (2003). Culture in family therapy: New variations on a fundamental theme, en T. Sexton, G. R. Weeks & M. S. Robbins, *Handbook of family therapy: The science and practices of working with families and couples* (pp. 37-55). New York: Brunner-Routledge.
- Falicov, C. (2005). Mexican families, en M. McGoldrick & J. Giordano, *Ethnicity and family therapy* (pp. 229-241). New York, USA: Guilford Press.
- Farley, T., Galves, A., Dickinson, M. & Perez, M.J.D. (2005). Stress, coping, and health: a comparison of Mexican immigrants, Mexican-Americans, and Non-Hispanic. En *Journal of Immigrant Health*, 213-220.
- Frankl, V. (1993). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Freud, S. (1978). *Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Fromm, E. (1985). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea* (14ª ed). México: FCE.
- González Forteza, C., Villatoro, J. Alcántar, I., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Bermúdez, P. & Amador, N., (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000 en *Salud Mental*, 25, 6, 1-12.
- Hurrelmann, K. (1997). Prevención en la adolescencia, en Buela-Casal, G., Fernández-Ríos, L., y Carrasco, T. *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- INEGI (2003). SSA. Salud: México 2003. Información para rendición de cuentas. Recuperado el 13 de septiembre de 2008. Disponible en red en: <http://www.inegi.gob.mx/lib/buscador/busqueda.aspx?s=inegi&textoBus=tasas%20de%20suicidio&e=&seccionBus=docit>
- INEGI (2006). Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Aguascalientes, México. Recuperado en línea en: www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/.../registros/.../c_est_suicidio.pdf
- Iniciativa de Salud de las Américas (2007). *Migración, salud y trabajo. Datos frente a los mitos*. D.F.: Universidad de California, Secretaria de Salud (SSA).
- Iniciativa México-California (2003). *Historias de ir y venir y la salud mental: manual para promotores de salud*. California: Universidad de California.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2006). *Cuida tu salud. Consejos de salud para la familia migrante*. D.F.: INSP.

- DSM-IV (2001). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson Editores.
- Martínez García, M. F., García Ramírez, M. & Maya Jariego, I. (2001). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. En *Psicothema*, 13 (004), 605-610.
- Martínez Ruiz, D. T. (2008). *Tan Lejos y tan cerca: la dinámica de los grupos familiares de migrantes desde una localidad michoacana en contexto trasnacional*. D.F.: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- Moya, J. & Uribe, M. (s.f.). Migración y salud en México: una aproximación a las perspectivas de investigación; 1996-2006. Recuperado el 6 de julio de 2008, de <http://www.mex.ops-oms.org/documentos/migracion/migracion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa. Recuperado el 15 de septiembre de 2008. Disponible en red en <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>
- Ortíz-Hernández, L., López-Moreno, S. & Borges, G. (2007). *Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana*. Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro, 23: 1255-1272.
- Salgado de Snyder, N. & Díaz-Guerrero, R. (2003). Enduring separation: the psychosocial consequences of Mexican migration to the United States, en L. L. Adler & U. P. Gielen, *Migration: Immigration and emigration in international perspective* (pp. 143-157). Westport, CT, USA: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- SAPTEL. Cruz Roja Mexicana. (2008). Llámanos, nosotros te escuchamos. Recuperado el 24 de noviembre de 2008 de: <http://www.saptel.org.mx>
- Schneidman, E. (2005). Prediction for suicide revisited: a brief methodological note. En *Suicide & Life Threatening Behavior*, 35, 1, 1-2.
- Singh, B. & Jenkins, R. (2000). Suicide prevention strategies: An international perspective. *International Review of Psychiatry*, 12, 7-14.
- Thompson, M.P.; Kaslow, N. J.; Short, L. M. & Wyckoff, S. (2002). The mediating roles of perceived social support and resources in the self-efficacy-suicide attempts relation among African American abused women. En *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 70(4), 942-949.
- Tuirán, R. (2006). Migración, remesas y desarrollo. Publicaciones de la CONAPO. Recuperado el 20 de septiembre de 2007, de <http://conapo.gob.mx/publicaciones/2002/06.pdf>

- Wadworth, T. & Kubrin, C. E. (2007). Hispanic Suicide in U.S. Metropolitan Areas: Examining the effects of immigration, assimilation, affluence and disadvantage. En *American Journal of Sociology*, 112(6), 1848-1885.
- Wallace, S. P., Gutiérrez, V. F. & Castañeda, X. (2005). *Hoja de datos estadísticos sobre políticas de salud: perfil demográfico de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos*. California: Iniciativa de Salud México-California, UCLA, Center for Health Policy Research
- WHO/OMS. (2006). SUPRE Prevention of suicidal behaviours: a task for all. Documento recuperado el 8 de noviembre de 2006, de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- World Health Organization. (2004). Estimated deaths per 100,000 population by cause, and Member State, World Health Organization. Recuperado el 5 de julio de 2008, de <http://www.who.int/healthinfo/statistics/bodgbddeathdalyestimates.xls>