

## Salud mental y Migración Internacional

La migración internacional es un fenómeno poblacional masivo que involucra a todas las regiones y países del mundo. De acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), en 2010 más de 200 millones de personas cambiaron de residencia de un país a otro<sup>1</sup>, la mayor parte de ellas en busca de mejores condiciones de vida o laborales.

Entre los primeros trabajos sobre la relación entre migración y salud mental se encuentran los de Ødegaard, desarrollados en los años 30 del siglo pasado<sup>2</sup>. Este autor encontró que los migrantes noruegos en los Estados Unidos de América (EUA) presentaban mayor incidencia de ingreso hospitalario por esquizofrenia, en comparación tanto con los nativos de ese país, como con los noruegos no migrantes. A partir de este y otros hallazgos similares, se inicia la discusión acerca de las dos posibles vías de asociación entre migración y salud mental: causalidad o selección. De acuerdo con la primera postura, la migración es un factor de riesgo o precipitante de la aparición de problemas de salud mental. De acuerdo con la segunda, se trata de un fenómeno de autoselección, en el que personas con problemas de salud mental tienen más probabilidad de migrar.

Desde entonces, numerosos estudios epidemiológicos han encontrado diferencias en la prevalencia de problemas de salud mental entre migrantes y nativos de los países de destino, así como entre los migrantes y sus connacionales no migrantes. Estas diferencias, sin embargo, no siempre van en el mismo sentido. Entre los latinoamericanos en EUA, la mayor parte de los estudios muestran un gradiente en el que los migrantes de primera generación muestran peor salud mental que sus connacionales en el país de origen, pero mejor que los migrantes de generación “1.5” (los que llegaron de niños), los hijos de migrantes, y los no migrantes estadounidenses. El hallazgo de una mejor salud mental entre los migrantes latinoamericanos en comparación con los estadounidenses nativos es parte de la “paradoja hispana”, llamada así porque la población de migrantes, a pesar de tener peores condiciones de vida y nivel socioeconómico que la población nativa, presenta en diversos aspectos mejor perfil de salud<sup>3</sup>. En cambio, el perfil de salud mental de los hijos de migrantes se aproxima al de otros nacidos en EUA, sugiriendo que los factores que favorecen a los migrantes se pierden en la segunda generación<sup>4,5</sup>. Los estudios de migrantes a EUA provenientes de otras regiones muestran resultados similares<sup>6</sup>. En cambio, los estudios realizados en Europa generalmente encuentran que los migrantes presentan más problemas de salud mental que los nativos<sup>7,8</sup>. Las discrepancias en los hallazgos acerca de la asociación entre migración y salud mental podrían explicarse por la experiencia diferente de quienes migran de un país pobre a uno rico, en comparación con quienes migran entre países similares en términos de nivel socioeconómico<sup>1</sup>, así como las diferentes experiencias de discriminación entre migrantes de diversos grupos étnicos, o el contraste entre quienes migran por razones laborales o económicas y quienes lo hacen en respuesta a conflictos armados o desastres naturales<sup>8</sup>. La relación, además, parece ser no lineal, con la migración asociada a una mejor salud mental al comienzo, para posteriormente asociarse con peor salud mental conforme transcurre el tiempo tras la migración original<sup>8-10</sup>.

En cuanto a la evidencia en relación con la discusión de causalidad vs selección, los resultados tampoco son concluyentes. Por ejemplo, un estudio en migrantes mexicanos a EUA muestra que los síntomas de problemas de salud mental aparecen de manera posterior a la migración, apoyando la primera opción<sup>5</sup>. Por su parte Stillman et al.<sup>10</sup> compararon a migrantes nacidos en Tonga, que aplicaban para migrar a Nueva Zelanda, con habitantes de Tonga que no aplicaban para migrar, encontrando que los individuos con peor salud mental tenían mayor probabilidad de aplicar, proporcionando evidencia a favor de la hipótesis de la selección.

Entre las explicaciones más utilizadas acerca de por qué la migración podría ocasionar problemas de salud mental, están las basadas en el modelo del proceso de estrés de Pearlin<sup>11</sup>. En ellas, se considera a la migración un evento estresante, que pone a prueba la capacidad de resiliencia. Separarse de los seres queridos y adaptarse a una nueva sociedad, requiere la movilización de capacidades individuales, así como de fuentes de apoyo social. En ausencia de estos recursos, las dificultades asociadas a la migración facilitan la aparición de problemas de salud mental<sup>8</sup>. En las investigaciones sobre salud mental de los migrantes latinoamericanos en EUA, un concepto frecuentemente empleado es el de “estrés aculturativo”, que describe las dificultades de adaptación al nuevo país debidas a la lejanía de familia y amigos, la discriminación y los problemas de lenguaje, entre otros. Numerosos estudios han

mostrado la relación entre estrés aculturativo y problemas de salud mental, aunque esta relación se ve modificada por características tanto individuales como del entorno<sup>12,13</sup>.

La mayor parte de los estudios sobre migración y salud mental se llevan a cabo en los países receptores (Europa y EUA). Sin embargo, para los países de origen es de gran importancia comprender las condiciones de salud de los migrantes de retorno. Dependiendo del tiempo transcurrido desde la migración, y la existencia de redes sociales activas en los países de origen, así como del carácter voluntario o involuntario del retorno, el regreso al país de origen puede también ser un evento estresante, equiparable al de la migración original. Volviendo al caso de la migración latinoamericana a EUA, el incremento en las deportaciones por parte de las autoridades de ese país ha aumentado el número de migrantes que, tras haber pasado la mayor parte de su vida y establecido redes sociales allá, vuelven a países con los que han perdido el contacto<sup>9,14,15</sup>. Para los países de origen, esta situación requiere la puesta en marcha políticas públicas de atención psicosocial.

Los resultados divergentes encontrados en la relación entre migración y salud mental, provienen en parte de las limitaciones de los abordajes utilizados en su estudio. Una primera limitación consiste en que, al estudiarse el fenómeno principalmente desde el punto de vista de los países más desarrollados, es poca la información acerca de la migración entre países de nivel de ingreso similar, la migración de la clase profesional globalizada, o la migración interna, lo que impide generalizar los resultados a todos los tipos de migración. En segundo lugar, el enfoque epidemiológico tradicional (“epidemiología del factor de riesgo”) es insuficiente para el abordaje de los problemas más complejos, sobre todo los que tienen que ver con las relaciones sociales y las experiencias culturalmente situadas de los individuos<sup>16,17</sup>. Basada en un marco epistemológico positivista o post-positivista, la epidemiología tradicional asume la existencia de objetos de observación unívocos, que pueden ser medidos con un grado de error razonablemente pequeño. Una postura alternativa, como la del construccionismo, propone que estos objetos son histórica y socialmente contruidos, y que su asociación no es independiente del contexto<sup>18</sup>. Desde esta perspectiva, la migración como acto de cambiar de residencia de uno a otro país no es el mismo “objeto” cuando este movimiento se da en circunstancias materiales óptimas, que cuando ocurre en condiciones adversas, los significados y expectativas relacionados con la migración también pueden modificar esta experiencia. En cuanto a la salud mental, se ha discutido ampliamente cómo los problemas psiquiátricos y psicológicos son parte de experiencias culturalmente definidas. La construcción de un marco teórico general acerca de la relación entre salud mental y migración requerirá tomar en cuenta estos elementos.

La migración es una experiencia en la que cada vez más individuos participan, y que tiene consecuencias potenciales tanto negativas como positivas sobre la salud y el bienestar<sup>1</sup>. Una comprensión más compleja de esta experiencia y sus circunstancias históricas y sociales puede servir a los practicantes de la salud pública para atender adecuadamente las necesidades de los diversos tipos de migrantes.

## REFERENCIAS

1. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Informe sobre las migraciones en el mundo 2013: El bienestar de los migrantes y el desarrollo. Ginebra: OIM; 2013.
2. Odegaard O. Emigration and insanity: A study of mental disease among the Norwegian-born population of Minnesota. *Acta Psych Scand*. 1932; 7(Supplement 4): 1-206.
3. Palloni A, Morenoff JD. Interpreting the paradoxical in the hispanic paradox: demographic and epidemiologic approaches. *Ann NY Acad Sci*. 2001; 954: 140-74.
4. Borges G, Medina-Mora ME, Breslau J, Aguilar-Gaxiola S. The effect of migration to the United States on substance use disorders among returned Mexican migrants and families of migrants. *Am J Public Health*. 2007; 97(10): 1847-1851.
5. Breslau J, Borges G, Tancredi D, Saito N, Kravitz R, Hinton L, et al. Migration from Mexico to the United States and Subsequent Risk for Depressive and Anxiety Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68(4): 428-433.
6. Fu H, VanLandingham MJ. Mental health consequences of international migration for Vietnamese Americans and the mediating effects of physical health and social networks: results from a natural experiment approach. *Demography*. 2012; 49: 393-424.
7. Molsa M, Punamaki RL, Saarni SI, Tiilikainen M, Kuittinen S, Honkasalo ML. Mental and somatic health and

- 
- pre- and post-migration factors among older Somali refugees in Finland. *Transcult Psych*. 2014; 51(4): 499-525.
8. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psych Scand*. 2004; 109(4): 243-258.
  9. Bojorquez I, Aguilera RM, Ramirez J, Cerecero D, Mejia S. Common Mental Disorders at the Time of Deportation: A Survey at the Mexico-United States Border. *J Immigrant Minor Health* / (In press).
  10. Stillman S, McKenzie D, Gibson J. Migration and mental health: Evidence from a natural experiment. *J Health Econ*. 2009; 28(3): 677-687.
  11. Pearlin LI. The sociological study of stress. *J Health Social Behav*. 1989; 30(3): 241-256.
  12. Gong F, Xu J, Fujishiro K, Takeuchi DT. A life course perspective on migration and mental health among Asian immigrants: the role of human agency. *Soc Sci Med*. 2011; 73(11): 1618-1626.
  13. Caplan S. Latinos, acculturation, and acculturative stress: a dimensional concept analysis. *Pol Polit Nurs Pract*. 2007; 8(2): 93-106.
  14. Negy C, Reig-Ferrer A, Gaborit M, Ferguson CJ. Psychological homelessness and enculturative stress among US-deported Salvadorans: a preliminary study with a novel approach. *J Immig Minor Health*. 2014; 16(6): 1278-1283.
  15. Brotherton DC, Barrios L. Displacement and stigma: The social-psychological crisis of the deportee. *Crime Media Cult*. 2009; 5(1): 29-55.
  16. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55(10): 693-700.
  17. Almeida-Filho N. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colect*. 2006; 2(2): 123-46.
  18. Denzin NK, Lincoln YS. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2005.

**Ietza Bojorquez**

El Colegio de la Frontera Norte  
Tijuana, B.C., México

---

## **De la erradicación de cultivos ilícitos a la erradicación del glifosato en Colombia**

Si bien los llamados cultivos ilícitos en Colombia se remontan a tiempos prehispánicos, solo hasta 1984 se empezaron a usar plaguicidas para su erradicación. El primero en usarse masivamente en el programa de erradicación fue el glifosato, seleccionado por su alta efectividad y supuesta seguridad, aunque hubo algunas pruebas previas con paraquat y triclopir<sup>1</sup>. De estos dos, el paraquat fue descartado debido a que se temía que los consumidores de drogas estadounidenses pudiesen intoxicarse, de manera similar a lo ocurrido previamente en México<sup>2</sup>. Los severos efectos adversos del paraquat en el aparato respiratorio ya habían sido descritos 20 años antes<sup>3</sup>, y Colombia era reconocida como una importante consumidora del paraquat<sup>4</sup>.

Desde esa época hubo protestas de indígenas, campesinos y científicos debido a los efectos ambientales y en salud humana que se podrían presentar<sup>1</sup>. Han pasado muchos años, debates y estudios científicos que reportaron los daños en los ecosistemas<sup>5-7</sup> y evaluaban los efectos adversos en la salud humana. Se destacan en estos últimos los estudios citogenéticos de investigadores nacionales que reportaron posibles efectos en células GM38 y de fibrosarcoma humano<sup>8</sup>, y en células mononucleares humanas<sup>9</sup>. También están los estudios epidemiológicos que exploraron condiciones de salud en general<sup>10</sup> y efectos reproductivos<sup>11</sup>, que no pudieron detectar efectos adversos. En paralelo a estos estudios con hallazgos ambivalentes, en el terreno político el hecho más sobresaliente fue que pese a que las autoridades nacionales no reconocían que hubiese evidencia suficiente de efectos adversos asociados, aceptaron indemnizar a Ecuador por las afectaciones de residentes en la frontera colombo-ecuatoriana, mostrando otra faceta y generando dudas si la decisión de uso o no era científica o política<sup>1</sup>.

El 20 de marzo pasado la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (IARC), filial de la Organización Mundial de la Salud, declaró como potencialmente cancerígeno al glifosato<sup>12</sup>, lo que llevó a que se repensara el

uso del plaguicida en la erradicación de cultivos ilícitos en el país. Sin embargo, en el terreno científico sigue la discusión porque existen conclusiones diferentes<sup>13</sup>, que deberán explorarse a la luz de los conflictos de intereses que pueden tener los autores. Tras discusiones, incluso dentro del gobierno nacional, la decisión de no usarlo quedó en firme el 14 de mayo, algo más de tres décadas después de haber sido iniciado su uso. De esta manera el plaguicida fue erradicado del uso en las fumigaciones contra cultivos ilícitos, sin haber logrado su objetivo de erradicar o por lo menos disminuir la extensión cultivada.

Este es quizá el mejor ejemplo del uso del principio de precaución en Colombia, lo cual constituye un hito en la historia de la salud ambiental nacional. Es precisamente en estas circunstancias de incertidumbre de un efecto adverso que se toma este tipo de decisiones preventivas. Hay aún muchos problemas de salud ambiental por resolver, pero éste es sin duda un paso importante en esta materia. Las opciones a tomar no son claras, pero es posible que si se decide cambiar a otro compuesto químico, en muy poco tiempo se revivirá una discusión similar.

## REFERENCIAS

1. Idrovo AJ. Plaguicidas usados en la fumigación de cultivos ilícitos y salud humana: ¿una cuestión de ciencia o política? Rev Salud Pública (Bogotá). 2004; 6(2): 199-211.
2. Joyce S. Environmental casualties of the war on the drugs. Environ Health Perspect. 1999; 107: A74-A77.
3. Manktelow BW. The loss of pulmonary surfactant in paraquat poisoning: a model for the study of the respiratory distress syndrome. Br J Exp Pathol. 1967; 48: 366-369.
4. Arroyave ME. Pulmonary obstructive disease in a population using paraquat in Colombia. In: Forget G, Goodman T, de Villiers A (editor). Impact of pesticide use on health in developing countries. Ottawa: International Development Research Centre; 1993.
5. Álvarez MD. Environmental damage from illicit drug crops in Colombia. World Forests. 2007; 5: 133-147.
6. Lynch JD, Arroyo SB. Risks to Colombian amphibian fauna from cultivation of coca (*Erythroxylum coca*): a geographical analysis. J Toxicol Environ Health A. 2009; 72(15-16): 974-985.
7. Meza-Joya FL, Ramírez-Pinilla MP, Fuentes-Lorenzo JL. Toxic, cytotoxic, and genotoxic effects of a glyphosate formulation (Roundup®SL-Cosmoflux®411F) in the direct-developing frog *Eleutherodactylus johnstonei*. Environ Mol Mutagen. 2013; 54(5): 362-373.
8. Monroy CM, Cortés AC, Sicard DM, de Restrepo HG. Citotoxicidad y genotoxicidad en células humanas expuestas *in vitro* a glifosato. Biomedica. 2005; 25(3): 335-345.
9. Martínez A, Reyes I, Reyes N. Citotoxicidad del glifosato en células mononucleares de sangre periférica humana. Biomedica. 2007; 27(4): 594-604.
10. Varona M, Henao GL, Díaz S, Lancheros A, Murcia A, Rodríguez N, Alvarez VH. Evaluación de los efectos del glifosato y otros plaguicidas en la salud humana en zonas objeto del programa de erradicación de cultivos ilícitos. Biomedica. 2009; 29(3): 456-475.
11. Sanin LH, Carrasquilla G, Solomon KR, Cole DC, Marshall EJ. Regional differences in time to pregnancy among fertile women from five Colombian regions with different use of glyphosate. J Toxicol Environ Health A. 2009; 72(15-16): 949-960.
12. Guyton KZ, Loomis D, Grosse Y, et al. Carcinogenicity of tetrachlorvinphos, parathion, malathion, diazinon, and glyphosate. Lancet Oncol. 2015; 16(5): 490-491.
13. Greim H, Saltmiras D, Mostert V, Strupp C. Evaluation of carcinogenic potential of the herbicide glyphosate, drawing on tumor incidence data from fourteen chronic/carcinogenicity rodent studies. Crit Rev Toxicol. 2015; 45(3): 185-208.

**Alvaro Javier Idrovo**  
Editor Salud UIS