UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

TÍTULO:

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES INMIGRANTES QUE RECIBIERON ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ" DURANTE EL AÑO 2010 AL 2014 Y SU RELACIÓN CLÍNICA.

PRESENTA LA TESIS PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

DRA. ISIS ARSAHÉ SUÁREZ PONCE DE LEÓN

DRA. MARÍA SOCORRO GONZÁLEZ VALADEZ
ASESOR TEÓRICO

MTRA. SOC. JUANA FREYRE GALICIA
ASESOR METODOLÓGICO

MÉXICO, D. F. 10 DE JUNIO DE 2015

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS:

A mi madre, padre, hermana, hermano y sobrino, gracias por todo. Gracias por quererme, tolerarme, escucharme y aceptarme como soy.

A mis amigos, pocos, pero los necesarios y los suficientes.

A mis maestros que me han dado su tiempo, conocimientos y sobre todo su cariño.

A mis asesoras, teórica y metodológica, sin ellas ésta investigación no hubiera sido posible.

A todos aquellos con alguna enfermedad mental, que por cuestiones estrictamente circunstanciales la sociedad y la vida misma nos ha dividido en pacientes y médicos, motivándome a no creer en los convencionalismos sociales pero sobre todo a luchar contra ellos.

A todos los migrantes que dejan atrás un todo, muchas veces por nada.

i. INDICE 3

ii. LISTA DE TABLAS, GRÁFICAS Y ABREVIATURAS 4

iii. RESUMEN 5

1.- INTRODUCCIÓN 7

2.- MARCO TEÓRICO 10

3.- MÉTODO 31

- Justificación
- Planteamiento del Problema y Pregunta de Investigación.
- Objetivos: General y Específico.
- Hipótesis.
- Variables: Dependiente e Independiente.
- Muestreo
- Muestra
- Criterios de Selección: Inclusión, Exclusión y Eliminación.
- Alcance del estudio (Tipo de Estudio)
- Instrumento.
- Procedimiento.
- Consideraciones Éticas.

4.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO 40

5.- RESULTADOS 40

6.- DISCUSIÓN 48

7.- CONCLUSIONES 49

8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 51

9.- ANEXOS 54

ii.- LISTA DE TABLAS, GRÁFICAS Y ABREVIATURAS:

TABLAS:

Tabla 1. Porcentaje de pacientes Año-Género

Tabla 2. Año/Nacionalidad

Tabla 3. Escolaridad

Tabla 4. Edad

Tabla 5. Orientación

Tabla 6. Raza

Tabla 7. Motivo de Migración

Tabla 8. Región Geográfica/Consumo y número de sustancias consumidas.

Tabla 9. Diagnóstico CIE-10/Egreso

Tabla 10. Género/Número de sustancias

Tabla 11. Diagnóstico CIE-10/Ingreso

ABREVIATURAS:

CONAPO: Comisión Nacional de Población.

EUA: Estados Unidos de América.

HPFBA: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

INM: Instituto Nacional de Migración.

iii.- RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La migración es un fenómeno que continúa en aumento. Las personas constantemente se desplazan de un lugar a otro debido a múltiples razones. En recientes investigaciones se ha encontrado que los inmigrantes son más propensos a ciertos trastornos psiquiátricos. Actualmente en HPFBA no contamos con un registro detallado que brinde un panorama general acerca de ésta población. Es importante llevar a cabo un análisis sociodemográfico de esta población además de conocer los trastornos psiquiátricos que más frecuentemente presentan.

OBJETIVO: Conocer las características sociodemográficas de los pacientes inmigrantes que se encuentran internos en el INM y que acuden a recibir atención intrahospitalaria al HPFBA y su relación clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se solicitó en el Archivo Clínico del HPFBA los expedientes clínicos de todos los pacientes inmigrantes que recibieron atención intrahospitalaria durante el año 2010 al 2014. Se revisaron dichos expedientes. Se empleó una hoja electrónica para la captura y recolección de los datos. Se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión 20, realizando estadística descriptiva y Chi- cuadrada para comparación de grupos.

RESULTADOS: Durante el periodo comprendido de enero de 2010 a diciembre de 2014, se hospitalizaron un total de 55 pacientes inmigrantes, llevados por el INM, de éstos, 40 de ellos fueron hombres y 15 mujeres. Durante el año 2011 fue el periodo que s registraron mayor cantidad de pacientes con respecto a los otros.

La región geográfica de procedencia de los pacientes que con más frecuencia se encontró fuer la región de Centroamérica y El Caribe. Sin embargo la nacionalidad más frecuente dentro de la población estudiada fue la estadounidense. En cuanto al diagnóstico que con mayor frecuencia se encontró al egreso de los pacientes correspondieron a aquellos trastornos de Eje I, como Esquizofrenia Paranoide y aquellos relacionados al consumo o dependencia de sustancias psicoactivas.

CONCLUSIONES: Actualmente en México la población inmigrante de la que se tiene conocimiento está conformada principalmente por población proveniente de Centroamérica y países caribeños, sin embargo no son los únicos, siendo el territorio nacional un tránsito para diversos destinos, nos encontramos población sumamente heterogénea, que a pesar de presentar tantas diferencias culturales y de contextos siguen presentando enfermedad mental, lo que nos lleva a señalar la importancia en la detección oportuna y tratamiento eficaz de la enfermedad mental en éstos pacientes.

KEY WORDS: ***inmigrantes, nacionalidad, características sociodemográficas, consumo de sustancias, esquizofrenia.***

1.- INTRODUCCIÓN

La población actual de México tiene una composición multiétnica basada fundamentalmente en pueblos indígenas, enriquecida por la presencia de inmigrantes de otras naciones y de aquellos que resultaron en el proceso de mestizaje entre dichos grupos. La inmigración en México no ha tenido un impacto desbordante en la población total, pero si ha habido un incremento considerable en la población extranjera desde que México se consolidó como nación independiente. Por la posición geográfica de México y debido a motivos sociales, económicos, climatológicos, culturales y de tránsito se ha dado la permanencia de extranjeros en todo el territorio. A pesar de que México es netamente un país de emigración, diariamente arriban extranjeros al territorio nacional y "deciden" quedarse por tiempo indefinido. El INM y el INEGI recopilan estadísticas oficiales sobre los extranjeros que tienen una estancia legal mayor a seis meses desde que ingresaron al país, sin embargo la difícil situación de control en las fronteras y aduanas nacionales impide tener un conteo exacto del ingreso de extranjeros, su origen y su destino. El 80% de los extranjeros que viven en México provienen de países limítrofes (Estados Unidos y Guatemala), otras comunidades importantes provienen principalmente de naciones hispanohablantes, de las cuales sobresalen las

comunidades españolas, colombianas, argentinas, cubanas, venezolanas y hondureñas, el resto de la inmigración proviene de otras naciones no hispanas. Existen diversos fenómenos sociales que obligan a los extranjeros a internarse en México de manera ilegal sin ser un caso generalizado, por ejemplo, el tráfico de centroamericanos, sudamericanos, asiáticos y caribeños con la intención de llegar a los Estados Unidos, la trata de personas con jóvenes del Caribe, Sudamérica o Europa Oriental, la explotación laboral de población extranjera flotante en campos de cultivo y zonas turísticas. En la lucha por llegar a los Estados Unidos, miles de inmigrantes con situación ilegal exponen sus vidas al intentar cruzar sin documentos legales por el territorio mexicano, de mil inmigrantes ilegales que cruzan por las fronteras mexicano-estadounidenses, según el INM, 400 de ellos no son mexicanos, la mayoría proceden de países centroamericanos. No se cuenta con un registro oficial de ingreso al país, ya que no forman parte de las estadísticas debido a su ilegalidad y una permanencia temporal indefinida dentro del territorio nacional a diferencia de los inmigrantes estadounidenses y europeos que si legalizan con regularidad su estancia en suelo mexicano. A través de INM se estima que 450,000 indocumentados ingresan a México anualmente, aunque en los dos últimos años se redujo el nivel de ingresos ilegales a

300,000 indocumentados aproximadamente. La migración es un fenómeno común y corriente, que continúa en aumento. Las personas constantemente se desplazan de un lugar a otro debido a múltiples razones. En recientes investigaciones se ha encontrado que los migrantes son más propensos a ciertos trastornos psiquiátricos, debido a la experiencia migratoria, el asentamiento en un lugar nuevo, entre otros factores, además, de tener necesidades especiales. En México frecuentemente se lleva a cabo la detención de inmigrantes, quienes son puestos a disposición del INM para solución de estancia legal. Es probable que algunos inmigrantes presenten una enfermedad mental antes del proceso migratorio, sin embargo otros desarrollan el trastorno psiquiátrico durante el proceso de migración o después de éste. Es común que algunos inmigrantes durante la estancia en las instalaciones del INM, presenten una gran variedad de sintomatología psiquiátrica, así como alteraciones de la conducta, por lo que el INM recurre al HPFBA desde hace ya varios años con la intención de solicitar atención psiquiátrica a pacientes en calidad de inmigrantes ameritando muchos de ellos hospitalización urgente. Es importante llevar a cabo un análisis sociodemográfico de éstos pacientes, que forman una población muy particular y hacer una relación clínica, lo anterior con la intención de conocer mejor a ésta población y

así optimizar la atención que éstos reciben, en relación a las necesidades que dicha población plantea.

2.- MARCO TEÓRICO

Acorde a CONAPO, en términos sociales humanos, una migración es el desplazamiento de personas desde su lugar de residencia habitual hacia otra, con la intención de establecerse de manera temporal o permanente. El desplazamiento típicamente abarca grandes distancias, de una ciudad a otra pero la migración internacional también es posible. Incluye individuos, familias o grupos de personas. Cualquier proceso migratorio implica dos conceptos:

Emigración, que es la salida de personas de un país, lugar o región, para establecerse en otro país, lugar o región. La emigración implica una estimación negativa del nivel de vida de una persona y de su entorno familiar y una percepción de que al establecerse en otra parte aumentarán sus perspectivas económicas, sociales o de otro tipo, o por lo menos, de que sus esperanzas de una vida mejor se harán efectivas en el futuro.

Inmigración, que es la llegada a un país de personas procedentes de otro país o lugar.

La forma de migración más importante desde el siglo XIX hasta la época actual, es la que se conoce como éxodo *rural*, que es

el desplazamiento masivo de habitantes desde el medio rural al urbano (sobre todo en los países subdesarrollados) en busca de mejores condiciones de vida y de mayores oportunidades de empleo.

HISTORIA

La migración de los seres humanos es un fenómeno mundial, presente en todas las épocas de la historia de la humanidad y en todas partes de nuestro planeta. Hace referencia a los grandes movimientos culturales, económicos, geográficos y políticos que dieron origen a desplazamientos en masa de la población, tanto espontáneo como forzado. Estos desplazamientos y cambios de residencia de grupos humanos de unas zonas a otras han sido constantes desde la prehistoria. Nomadismos, invasiones, peregrinajes, expediciones comerciales y colonizaciones han construido el mundo que hoy conocemos. La migración ha estado sucediendo por un milenio. Las evidencias indican que el origen de la humanidad sucedió en el sur del continente africano, por lo que la primera migración fue la que sacó de su patria originaria en África a nuestros ancestros en diversas oleadas para expandirse por el mundo. Motivados por el desabastecimiento alimenticio, por un aumento de la población y muy probablemente también hayan contribuido a éste movimiento motivos políticos. Finalmente

los individuos buscaban como principal fin la supervivencia (razones que se mantienen hasta la actualidad. El *Homo ergaster* aprovechó una bonanza climática hace 1,7 millones de años para entrar en Asia y colonizar nuevos territorios. Después, sucesivas oleadas de homínidos cada vez más evolucionados siguieron avanzando en busca de mejores oportunidades de caza, hasta alcanzar Europa, donde la presencia humana (*Homo antecessor*) está fechada hace unos 700.000 años. Una vez asegurada la ocupación de África y Eurasia, ya en tiempos del hombre moderno (*Homo sapiens sapiens*), tuvo lugar el poblamiento del continente americano. La tesis más aceptada por los antropólogos es la de que los primeros americanos eran cazadores asiáticos que llegaron desde las tundras siberianas hace unos 15.000 años a través del estrecho de Bering, probablemente persiguiendo grandes mamíferos. Esto fue posible porque durante los periodos de glaciación, Siberia y Alaska formaban un solo territorio emergido por el que se podía pasar andando de un continente a otro. Alrededor de 8000 a. de C., la revolución agrícola del Neolítico permitió que algunas comunidades se hicieran sedentarias en Asia Menor y la cuenca del Mediterráneo, foco de las primeras civilizaciones, pero el impulso viajero no menguó. Posteriormente sucesivas partidas de pueblos con lenguas similares agrupados bajo la denominación de

indoeuropeos empezaron a poblar Europa. Hacia 2200 a. de C., estos pueblos se desplegaron por el continente; las migraciones hacia el sur (Creta, Chipre, Tesalia) dieron origen al mundo grecolatino, mientras que en el centro y oeste proliferaron las tribus celtas y germánicas. Durante el primer milenio a. de C., los griegos y fenicios navegaron por todo el Mediterráneo, creando asentamientos en el norte de África, Italia y España. Por esa época, el desarrollo de las primeras ciudades -polis- provocó también un movimiento migratorio del campo a la ciudad (que luego se ha dado en todas las civilizaciones). A partir del descubrimiento del Nuevo Mundo en 1492, comienza una era de grandes movimientos migratorios. Los avances geográficos y técnicos permitieron el traslado controlado de personas a las nuevas colonias ultramarinas. Las naciones europeas se expandieron por África, Asia y, sobre todo, América. Si Europa, por su alta densidad demográfica, ha sido una cantera de emigrantes, América es la eterna tierra de promisión. Se calcula en 100.000 el número de españoles inmigrados a la América hispana durante el primer siglo colonial (1492-1600). Sin embargo, a partir de la emancipación de los Estados americanos a inicios del siglo XIX, hasta la primera mitad del XX, se produjo el mayor trasvase de población de la Historia. En esos años se ocuparon casi todas las tierras

despobladas del mundo, en un movimiento libre de cortapisas legales, incentivado por los países de acogida. Era un fenómeno de tipo individual, no regulado por los gobiernos, sino alimentado por los propios emigrantes: gente impulsada por el sueño de hacer fortuna o, al menos, de alcanzar una vida mejor. Hubo migraciones dentro de Europa, desde el Sur (Italia, España, Grecia) hacia el Norte (Francia, Reino Unido) y del Este (Rusia, Polonia) hacia el Oeste (Alemania), pero la mayoría miraba hacia la otra orilla del Atlántico. Se estima que entre 1800 y 1940 cruzaron el océano aproximadamente 55 millones de europeos, de los que 35 millones se establecieron de modo definitivo. A inicios del siglo XX, en Estados Unidos entraban 1.300.000 extranjeros al año, fue el primer país en acoger oleadas masivas de inmigrantes, ejemplo que luego seguirían Australia, Canadá, Argentina, Brasil y Uruguay; estas tres últimas naciones recibieron a 12 millones de personas, hasta casi 1940. Muchos asiáticos también emigraron a América, sin embargo el grueso de la emigración de ese continente se produjo a países vecinos. La emigración tuvo como objetivo inicial la colonización agraria, posteriormente se ampliaron los objetivos económicos, prestando gran atención a otros recursos, caravanas de buscadores, mineros y aventureros poblaron rápidamente la región. Desde finales del XIX, la

mayoría de emigrantes dirigieron sus pasos a ciudades como Nueva York, Chicago o Buenos Aires. A partir de 1950 en adelante se ha venido desarrollando un proceso emigratorio de dimensiones incalculables en los países del Tercer Mundo, especialmente en los más poblados. Relacionado con el éxodo rural, millones de personas de los países no desarrollados iniciaron un proceso de migraciones hacia Estados Unidos, Europa, Canadá, Japón y Australia, principalmente. La dimensión interna de esta gran emigración siempre ha sido mucho mayor que la internacional, lo que está avalado por el hecho notorio de que las ciudades más pobladas del mundo actual han surgido en países del Tercer Mundo.

TIPOS DE MIGRACIÓN: El acto de la migración en sí, no es un proceso homogéneo, individuos diferentes migran por razones diferentes y también responden de maneras muy distintas. Las migraciones pueden clasificarse en varios tipos.

Según el tiempo en:

- Migración temporaria: cuando el migrante va a estar en el lugar de destino por un periodo de tiempo y después regresa a su lugar de origen.
- Migración permanente: cuando el migrante va a estar en el lugar de destino de manera permanente o definitiva.

Según su carácter:

- Migración forzada: cuando el migrante parte de su lugar de residencia por situaciones que amenazan su vida. Por ejemplo, un conflicto armado o los desastres naturales, pero también por trata de personas o delitos de esa índole.
- Migración voluntaria: cuando el migrante parte de su lugar de residencia por voluntad propia en busca de una mejor calidad de vida.

Según su destino:

- Migración interna: cuando el lugar de destino del migrante es dentro del mismo país, es decir, se traslada a otra región o lugar.
- Migración internacional: cuando el lugar de destino del migrante es otro país diferente.

CAUSAS DE LAS MIGRACIONES: Las migraciones constituyen un fenómeno demográfico sumamente complejo que responde a causas diversas y difíciles de determinar, debido a las migraciones irregulares los datos cuantitativos son difíciles de obtener, especialmente en el caso de los países subdesarrollados. Responden a la inquietud generalizada de los seres humanos de buscar siempre un mejor lugar para vivir. La migración humana

continúa debido a una serie de factores de atracción y empuje (push and pull), entre ellos:

- Condiciones políticas: se refieren a las causas derivadas de las crisis políticas que suelen presentarse en ciertos países, los habitantes a menudo temen a la persecución y venganza política, por lo que abandonan el país para residenciarse en otro ó, al menos lo intentan, con el riesgo incluso de perder la vida, en caso de regímenes totalitarios. Cuando las personas emigran por persecuciones políticas en su propio país se habla de exiliados políticos.
- Condiciones culturales: la base cultural de una población determinada es un factor importante a la hora de decidir a qué país o lugar se va a emigrar. La cultura (religión, idioma, tradiciones, educación, costumbres, etc.) es un factor de peso mayor en la decisión. Las posibilidades educativas son muy importantes a la hora de decidir las migraciones de un lugar a otro, hasta el punto de que, en el éxodo rural, este factor es a menudo determinante.
- Causas socioeconómicas: son las causas fundamentales en cualquier proceso migratorio. De hecho, existe una relación directa entre desarrollo socioeconómico e inmigración y entre subdesarrollo y emigración. La mayor parte de los que emigran lo hacen por motivos económicos.

- Causas familiares: los vínculos familiares también resultan un factor importante en la decisión de emigrar.
- Causas bélicas y otros conflictos internacionales: constituyen una fuente de migraciones forzadas, que han dado origen a desplazamientos masivos de la población, huyendo del exterminio y la persecución. La Segunda Guerra Mundial en Europa, así como guerras posteriores en África y en otras partes del mundo, han dado origen a enormes desplazamientos de la población o, como podemos decir también, migraciones forzadas. Las guerras, la depuración étnica, y la falta de libertad política son la causa de desarraigo de 42 millones de personas en el mundo en la actualidad [1].
- Catástrofes generalizadas: los efectos de grandes terremotos, inundaciones, sequías prolongadas, ciclones, tsunamis, epidemias y otras catástrofes tanto naturales como sociales han ocasionado grandes desplazamientos humanos durante todas las épocas, pero que se han venido agravando en los últimos tiempos por el crecimiento de la población y la ocupación de áreas de mayor riesgo de ocurrencia de esas catástrofes.

LA GLOBALIZACIÓN Y LAS MIGRACIONES ACTUALES: La globalización de la economía está íntimamente relacionada con las migraciones modernas. El establecimiento de colonias europeas

en todas partes del mundo a partir del siglo XVI llevó a una primera gran ola de emigración de europeos hacia todas partes del mundo, que entre otras cosas generalizó los idiomas europeos en América, África, Oceanía y partes de Asia. Durante la industrialización europea (1800-1930) el excedente de población fue resuelto mediante la segunda gran ola de emigración de europeos, esta vez hacia América y Australia. El proceso de globalización contemporánea, iniciado luego de la Segunda Guerra Mundial y consolidado tras el colapso de la Unión Soviética, estableció un sistema mundial de libre circulación de capitales, bienes y personas. Naturalmente, la globalización impulsó tres grandes procesos migratorios: el de ejecutivos y empresarios desde y hacia todas partes del mundo, la llamada ”fuga de cerebros” artistas y deportistas de los países más pobres hacia los más desarrollados, y de los trabajadores no calificados de los países pobres para emplearse en los puestos de trabajo considerados indeseables por las poblaciones nativas de los países ricos (empleo doméstico, recolección de basura, construcción, servicios de gastronomía, etc.).

Simultáneamente, los flujos globales del capital y su efecto inmediato de creación-destrucción de empleo, según sea que entre o salga de ciertos países, promueven también naturalmente un flujo del trabajo siguiendo al capital. Este

flujo del trabajo, expresado en forma de migraciones internacionales, se ve incrementado por las desigualdades sociales extremas generadas durante el proceso de globalización. Ello ha llevado a todos los países ricos a imponer crecientes restricciones a la inmigración de trabajadores no calificados (aunque continúan promoviendo la libre circulación de empresarios y científicos, así como la de capitales). De todos modos ninguna de las sociedades ricas puede prescindir de los inmigrantes porque amplios segmentos de los mercados de trabajo solo pueden emplear inmigrantes, ya que ni aun los más descalificados trabajadores nativos están dispuestos a desempeñar ciertos empleos. En las condiciones de la globalización, estas restricciones presionan aún más sobre la pobreza de las sociedades pobres, aumentando aún más la desigualdad en los países de origen, y además promueven, por un lado la trata de personas y por el otro la explotación de los trabajadores inmigrantes, reduciendo aún más los salarios de los empleos rechazados por los trabajadores nativos. De este modo, la globalización ha creado un círculo vicioso de circulación del capital, pobreza y emigración forzada, que las restricciones inmigratorias de los países ricos parecen incentivar aún más.

IMPACTO DE LA MIGRACIÓN: El impacto de la migración debe ser visto en varios niveles – en los individuos que migran, en las familias e individuos que dejan atrás ó que llevan con ellos al migrar, en la cultura y la comunidad a la que llegan y en la cultura y la comunidad que dejan atrás. El proceso migratorio puede ser dividido aproximadamente en tres etapas, las cuales tienen cierto grado de superposición (2, 3):

Pre-migración, es el periodo en el que el individuo, de manera singular ó en grupo, decide migrar y comienza a prepararse para ello, utilizando recursos financieros, legales y políticos.

Migración, en sí es la etapa en la que se desplazan a través de fronteras.

Pos-migración, es el periodo que puede durar de por vida en el individuo y que puede afectar a las siguientes generaciones de descendientes. Ya sea en un nivel individual o comunitario, el periodo post-migratorio será importante para el individuo para adaptarse y establecerse. En ésta etapa también se pueden llevar a cabo procesos de aculturación, los cuales llevan a la asimilación o bien a la deculturación (pérdida de valores culturales propios) (2). Estos procesos de aculturación fueron descritos por Berry (2, 4), y resultan útiles para poder entender los procesos individuales migratorios. Algunos autores (5) han puesto como

analogía a una cebra rayada, donde los individuos mantienen la vieja y la nueva cultura en paralelo.

Es importante estar al tanto de los procesos adaptativos y de aculturación, que afectarán el establecimiento y la contribución a la nueva sociedad y éstos también influirán en las actitudes de la nueva sociedad hacia la migración.

IMPACTO EN LOS INDIVIDUOS: *Berry y cols.*, (2-4) sugieren que los individuos tal vez pueden elegir entre mantener sus propios valores culturales y normas o adquirir la identidad y características de la nueva cultura. Sin embargo la familia se acultura en diferentes medidas. El proceso de aculturación se ve afectado por factores económicos, educacionales, sociales, psicológicos, físicos y culturales. Los factores individuales tales como género, expectativas de rol de género, generación, cultura de origen, dominio del lenguaje, en la nueva sociedad, los factores sociales, económicos, religiosos, nivel educativo, etc. contribuirán en diferentes maneras al proceso de aculturación y adaptación. Hofstede (6), describe varias dimensiones de características culturales. Estas son: colectivismo/individualismo; femenino/masculino, orientación a largo plazo de los miembros de la cultura, para mantenerse alejados del poder de la evitación y de la incertidumbre. Teniendo en cuenta que no

todos los miembros de una cultura tendrán todas estas dimensiones o características, es útil recordar estas dimensiones que tal vez interactúen con dimensiones similares o distintas en la nueva cultura. Por consiguiente, la aculturación se convierte en un fenómeno más complejo de lo que antes se pensaba. Está bien establecido que los migrantes hacen enormes contribuciones a la cultura local, tanto culturales como económicas de los países o regiones de origen. Los migrantes alrededor del mundo envían billones de dólares a sus familias (300 billones de dólares americanos en todo el mundo, 7 billones de dólares americanos únicamente van a Marruecos), por lo que la contribución es sumamente importante a sus localidades de manera positiva.

MIGRACIÓN Y ESTRÉS: El proceso migratorio puede llevar a todo un espectro de trastornos psiquiátricos, por ejemplo, psicosis, trastorno de estrés postraumático, trastornos alimenticios, tentativas suicidas, etc. Múltiples factores e interacciones complejas determinarán el ajuste post-migratorio y los resultados de la migración. El estrés puede ser resultado del proceso de migración como tal así como del ajuste post-migratorio.

MIGRACIÓN Y TRASTORNOS MENTALES

MIGRACIÓN Y PSICOSIS: En el estudio clásico, *Odegaard* (7) se observó que las tasas de esquizofrenia entre inmigrantes noruegos en EU eran más altas que en aquellos que vivían en Noruega. Él atribuyó éste aumento a la migración, también notó que éste aumento ocurría de 10-12 años posteriores a la migración, lo que sugería que tal vez habían otros factores para éste aumento en las tasas de la enfermedad. En Reino Unido, las tasas son particularmente altas entre hombres caribeños, especialmente en hombres jóvenes nacidos en aquel país. En Holanda los inmigrantes marroquíes tienen hasta 7 veces más probabilidades de desarrollar esquizofrenia. *Cantor-Graee y Pedersen* (8) notaron que el riesgo para padecer una enfermedad mental era más alto en inmigrantes de segunda generación y que éste riesgo no era explicado por la urbanización o por las características del lugar de nacimiento de los padres. En un meta-análisis de *Cantor-Graee* y *Selten*, se encontró que el riesgo para esquizofrenia entre los inmigrantes provenientes de países en desarrollo era de 3.3 (95% CI=2.8-3.9). Mostraron que basados en el color de la piel, los inmigrantes negros tenían un riesgo casi 5 veces más alto. Los inmigrantes tienen un riesgo fuertemente elevado para la esquizofrenia, el cual se asocia con estresores psicosociales tales como aislamiento y exclusión

social, discriminación (9, 10), exposición a adversidades sociales así como también factores asociados al área donde viven, como la densidad étnica (11).

MIGRACIÓN Y TRASTORNOS AFECTIVOS: La prevalencia de la depresión varía entre 4.2-29.5% en diferentes países (12, 13, 14) indicando que tal vez haya diferentes formas en las que la depresión puede aparecer entre culturas. La prevalencia mundial de la depresión a lo largo de la vida se estima en 5.8% en hombres y 9.5% en mujeres (15). En un meta-análisis de *Swinnen y Selten* (16) en relación a la migración como factor de riesgo para la presencia de trastornos afectivos (incluyendo los trastornos bipolares), se encontró que dicho factor implica un discreto aumento en el riesgo para presentar un trastorno afectivo, sin embargo no hubo evidencia del aumento en trastornos afectivos unipolares. *Sieberer et al*. (17) encontró que las mujeres migrantes de primera y segunda generación eran más propensas a sufrir síntomas depresivos, comparadas con aquellas mujeres no migrantes. Los conflictos concernientes a la migración pueden ser detonantes de algún trastorno afectivo, principalmente depresivo, la aculturación de las familias, los conflictos culturales y mal soporte en el país nuevo, pueden ser factores precipitantes.

MIGRACIÓN Y OTROS TRASTORNOS MENTALES: Hasta el momento los hallazgos son muy variados, las diferencias en las prevalencias de los trastornos mentales comunes varían en cada grupo migrante. En dos grandes estudios llevados a cabo en Reino Unido, el primero, *el ONS*, no se encontró evidencia de tasas elevadas entre los grupos de gente de color, mientras que el EMPIRIC observó 60% mayor prevalencia en personas de color comparadas con caucásicos. Como en muchos lenguajes no existen palabras para describir o definir la depresión, tal vez ésta no sea tan fácil de diagnosticar. Otros estudios han encontrado tasas elevadas en algunos grupos con mayor posibilidad de trastornos somatomorfos (18). La mayoría de las investigaciones de TEPT se han llevado a cabo en migrantes, refugiados y grupos de asilo; una revisión encontró que el TEPT es 10 veces más probable entre estos grupos que en la población general (19). También hay una superposición con psicosis (15-40%) y un mayor riesgo para padecer algún trastorno mental (20, 21).

MIGRACIÓN Y TRASTORNOS ADICTIVOS: El consumo perjudicial de alcohol y varias sustancias psicoactivas ilícitas se ha asociado a ciertos grupos específicos de migrantes (22, 23). Explicaciones culturales por un lado y barreras culturales por el otro, pueden contribuir a crear tensión entre los migrantes y la nueva cultura, lo que se ha tomado en cuenta

para el incremento en el uso de sustancias en migrantes. Estas diferencias deben ser afrontadas con la información adecuada. Los diferentes modelos explicativos usados en diferentes culturas necesitan ser entendidos, así cualquier intervención que tenga lugar será culturalmente apropiada para el individuo.

MIGRACIÓN Y SUICIDIO: El suicidio y el comportamiento autolesivo aparentemente varían de acuerdo con la etnicidad y el sexo. Los hombres asiáticos tienen las tasas más bajas de suicidio en Reino Unido que los hombre caucásicos, (24), las mujeres asiáticas, particularmente las más jóvenes tienen tasas más altas. Estas diferencias de género reflejan el conflicto cultural de las mujeres, quienes encuentran complicado cumplir con las expectativas de género de sus familias. Es esperado que se comporten de manera tradicional en casa y en cualquier lado mientras que la comunidad nueva se espera que se comporten como el grupo mayoritario femenino. Las tasas de suicidio consumado varían entre los diferentes grupos de migrantes, los estudios muestran mayores tasas de suicidios entre migrantes de segunda generación. Numerosos estudios han reportado tasas más elevadas de suicidio así como de intentos suicidas entre mujeres jóvenes migrantes (25, 26, 27, 28). Algunos factores de riesgo incluyen conflictos familiares y presión de la comunidad y de

los conflictos culturales. Las mujeres jóvenes tal vez se vean atrapadas con valores masculinos dictándoles como deben de comportarse. En los hombres es más frecuente que se vean atraídos al abuso del alcohol, drogas y pandillas, con la idea de fortificar su identidad.

TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y MIGRACIÓN: La aculturación produce elevación de las tasas de trastornos alimenticios entre los migrantes. En varios estudios se ha reportado que los adolescentes migrantes tienen 10 veces mayor probabilidad de desarrollar algún trastorno alimenticio comparado con poblaciones nativas del lugar. (19).

CUESTIONES EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL:

El acceso a la información apropiada y precisa para los migrantes es crítico. Se requieren soluciones simples y efectivas a éste respecto, se incluyen entre ellas, proveer a los migrantes de un mapa de los servicios de salud, así sabrán donde buscar ayuda en caso de necesitarla. Los servicios médicos deberían de proporcionar al migrante su historial médico y el resultado de todos sus estudios en una unidad de almacenamiento electrónica, así podrán entregar la información sin tener que repetir su historia sin cesar. Colaborar con las comunidades con diferentes estrategias para favorecer la comunicación entre el paciente garantizando la

confidencialidad del servicio asistencial y actividades relacionadas que puedan ayudar.

Existe el gran riesgo de patologizar y medicalizar una respuesta humana normal a la adversidad extrema y a la pérdida. Por otro lado hay un gran peligro en descartar muy fácilmente trastornos clínicamente significativos causados por el trauma. Los servicios de salud mental tienen que ser extremadamente sensibles a las necesidades de los pacientes migrantes, se requieren de habilidades especiales, incluyendo entrenamiento en éste campo e intérpretes.

RECOMENDACIONES: Estas recomendaciones fueron desarrolladas usando las políticas existentes y en base a la evidencia que se tiene hasta el momento (29).

PARA LOS LEGISLADORES:

1. Es necesaria la existencia de políticas claras en cuanto al alojamiento, empleo y necesidades físicas y de salud mental de los migrantes.
2. Deben estar disponibles los recursos necesarios y apropiados para satisfacer dichas necesidades.
3. Se debe contar con los recursos necesarios y apropiados para el entrenamiento y desarrollo de habilidades de los profesionales que laboran dentro del espectro de la atención a la población inmigrantes.

4. Los servicios de salud mental públicos, la educación pública acerca de la migración, de los inmigrantes, sus necesidades y obligaciones deben ser parte de las estrategias de comunicación.

5. Datos apropiados y correctos.

PARA LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

1. Los servicios deben ser cultural, geográfica y emocionalmente accesibles.

2. La competencia cultural y el entrenamiento debe ser parte del proceso de inducción.

3. Las necesidades locales deben ser determinadas regularmente.

4. Auditorías regulares de los servicios.

5. Se deberán consultar modelos de mediación o ruptura de la cultura.

PARA LOS CLÍNICOS:

1.- Recursos e información clara deben de estar disponibles.

2.- Advertencia cultural y entrenamiento de competencia cultural deben ser una parte fundamental del clínico.

3.- Los servicios del médico especialista o general necesitan discutirse de acuerdo a las necesidades y recursos.

4.- El entrenamiento cultural PARA todos los profesionales de la salud es obligatorio.

No hay duda de que la migración es un proceso heterogéneo y que conlleva riesgos considerables tanto internos como externos. Algunos tipos de migración son más estresantes y amenazadores que otros. Las respuestas individuales a los estresores serán determinadas por diversos factores. Algunos grupos son más vulnerables a desarrollar trastornos psiquiátricos que otros y como psiquiatras debemos estar al tanto de ésta situación. Es importante entender que cada grupo migrante responderá de manera distinta a los tratamientos, por lo que deberá tomarse en cuenta ésta variación de manera muy específica y los servicios de salud deben responder de manera muy particular a las necesidades locales que tal vez sean muy específicas en ciertos grupos.

3.- MÉTODO

- **JUSTIFICACIÓN:**

El HPFBA brinda desde hace ya varios años atención psiquiátrica a los inmigrantes que en algún momento dado presentan síntomas de algún trastorno mental, sin embargo no se cuenta con un registro adecuado de dicha población. Es importante conocer las características sociales y demográficas de ésta población así como las entidades nosológicas psiquiátricas más frecuentemente encontradas. Actualmente el HPFBA no cuenta con un servicio especial

designado propiamente para la atención de estos pacientes y la demanda de atención de ésta población continúa en aumento. Es importante la realización de un análisis descriptivo de las características generales de estos pacientes, con la finalidad de conocer a éste sector poblacional, sólo así podríamos optimizar los servicios de salud designados para la atención de éstos. Es importante tener un acercamiento lo más aproximado y fiel a éste tipo de pacientes, puesto que finalmente la frecuencia de que presenten algún trastorno mental es alta y en la actualidad el HPFBA es el único organismo de salud mental que brinda atención a estos pacientes. La realización de ésta investigación resultaría conveniente, ya que beneficiaría a los inmigrantes, que en su tránsito por éste país, en muchas ocasiones se compromete de alguna manera su integridad física, mental y social. Con los resultados arrojados en la presente investigación se pretende describir las características de los pacientes inmigrantes y su principal psicopatología, que de cierto modo serviría como una guía para encontrar las necesidades especificas de la población estudiada, así como de manera indirecta advertir las características del profesional en Salud Mental a su cargo. En base a la información obtenida, se conocería el comportamiento de las variables estudiadas y la relación entre sí, explorando las características del fenómeno y de la

dinámica que presenta. La investigación es viable, puesto que el Hospital dispone de los recursos necesarios para llevarla a cabo. Se cuenta con un archivo donde se recopilan los expedientes clínicos de todos los pacientes, incluyendo a los pacientes inmigrantes que han requerido en algún momento el tratamiento intrahospitalario.

- **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Con la investigación planteada, se pretende conocer las características sociodemográficas de los pacientes inmigrantes confinados al INM y que en algún momento dado presentan algún trastorno psiquiátrico y ameritan atención psiquiátrica, misma que actualmente es proporcionada únicamente en el HPFBA; y llevar a cabo una análisis de éstas características y hacer una relación clínica, es decir, determinar si existe una relación entre las entidades nosológicas que condicionan la enfermedad mental en éstos pacientes y las características sociodemográficas de estos.

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes inmigrantes que recibieron atención psiquiátrica en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" y cuales fueros los trastornos psiquiátricos que se les diagnosticaron?

- **OBJETIVOS**

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer las características sociodemográficas de los pacientes inmigrantes que recibieron atención intrahospitalaria en el HPFBA durante los años 2010-2014 y establecer su relación clínica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la cantidad de pacientes inmigrantes que acudieron al HPFBA a solicitar atención psiquiátrica durante los años 2010-2014.
- Determinar las características sociodemográficas de los pacientes inmigrantes que recibieron atención psiquiátrica durante los años 20120-2014.
- Identificar los trastornos psiquiátricos que con más frecuencia se encontraron en los pacientes inmigrantes hospitalizados en el HPFBA, durante los años 2010-2014.

- **HIPÓTESIS**

HIPÓTESIS GENERAL

Las características sociodemográficas tienen una relación positiva con respecto a las entidades clínicas que causan alguna enfermedad mental en los pacientes inmigrantes.

HIPÓTESIS DE TRABAJO (H1):

Existe una relación entre las características sociodemográficas del paciente inmigrante y la entidad clínica que presentan.

HIPOTESIS ALTERNA (H3):

A mayor presencia de factores de riesgo en pacientes inmigrantes, mayor será la probabilidad de presentar algún tipo de enfermedad mental.

- **VARIABLES**

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	**DEFINICIÓN CONCEPTUAL**	**ESCALA DE MEDICIÓN**	**TIPO DE VARIABLE**	**DEPENDIENTE Ó INDEPENDIENTE**
Pacientes Inmigrantes **X1**	Paciente de nacionalidad extranjera, confinado al Instituto Nacional de Migración, que haya recibido atención psiquiátrica intrahospitalaria en el HPFBA durante los años 2010-2014.	Número de expedientes clínicos de inmigrantes.	Cualitativa Nominal	Independiente
Características Sociodemográficas del inmigrante	Son el conjunto de características sociodemográficas que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando en cuenta aquellas que puedan ser medibles.			
SEXO	Conjunto de Características biológicas que definen al espectro humano como hombre y mujer.	Masculino Femenino	Cualitativa Nominal	Independiente
EDAD	Tiempo de vida transcurrido del nacimiento a la fecha.	N° de años cumplidos	Cualitativa Nominal	Independiente

ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente y tiempo que duran dichos cursos.	Grado escolar alcanzado. (analfabeta, primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura)	Cualitativa Nominal	Independiente
ESTADO CIVIL	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a	Cualitativa Nominal	Independiente
NACIONALIDAD	Condición que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o nación, lo que conlleva a una serie de derechos y deberes políticos sociales.	Nación de origen. (país) (región) (Norteamérica, Centroamérica y Caribe, Sudamérica, Europa, África, Oriente).	Cualitativa Nominal	Independiente
RELIGIÓN	Colección organizada de creencias, sistemas culturales y cosmovisiones que relacionan a la humanidad a un tipo de existencia.	Agnóstica Católica Cristiana Protestante Mormona	Cualitativa Nominal	Independiente
ENFERMEDADES COOMÓRBIDAS	Afección que atenta contra el bienestar físico, biológico y social del individuo de tipo NO-psiquiátrico.	Presencia de condición médica NO-psiquiátrica. Ausencia de condición médica NO-psiquiátrica.	Cualitativa Nominal	Independiente
MOTIVO DE LA MIGRACIÓN	Factores causales del proceso emigratorio en el paciente identificado	Relacionadas al Trastorno psiquiátrico (contexto psicótico) No relacionadas al trastorno psiquiátrico	Cualitativa Nominal	Independiente

		(cruzar frontera, residencia ilegal en México)		
Trastorno psiquiátrico identificado **Y2**	Tipo de Trastorno psiquiátrico identificado en el paciente inmigrante al egreso de la hospitalización.	Trastorno mental del Eje I Trastorno Mental Eje II	Cualitativa nominal	Dependiente

- **MUESTREO**

Marco Muestral, Archivo y listado:

- Se solicitaron en el Archivo Clínico los expedientes clínicos de todos los pacientes inmigrantes que hayan sido hospitalizados durante el año 2012 al año 2014.

- **MUESTRA**

- Ingresaron al estudio los expedientes clínicos encontrados en el Archivo Clínico del hospital, de todos los pacientes inmigrantes (confinados en el INM y llevados al hospital por este) que hayan ameritado hospitalización en el HPFBA durante los años 2010 a 2014.

- **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Expedientes Clínicos de Pacientes inmigrantes que hayan acudido al HPFBA para solicitar atención psiquiátrica,

durante el periodo que abarca de enero de 2010 a diciembre de 2014.

- Expedientes de Pacientes inmigrantes internos en el INM que por presentar síntomas psiquiátricos hayan recibido atención psiquiátrica intrahospitalaria en el HPFBA, durante el periodo que abarca de enero de 2010 a diciembre de 2014.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Expedientes de Pacientes de nacionalidad extranjera con estancia legal en México.
- Expedientes de pacientes Inmigrantes que no estén internos en el INM.

- **TIPO DE ESTUDIO:**

Retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal

- **INSTRUMENTO**

Se empleo una hoja electrónica de cálculo para la recolección y captura de los datos extraídos de los expedientes clínicos.

- **PROCEDIMIENTO:**

Para la realización de éste trabajo se obtuvo previa aprobación por parte del Comité de Ética e Investigación y el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

Se solicitaron en el Archivo Clínico del hospital los expedientes clínicos de todos los pacientes inmigrantes, traídos al hospital por el INM y que estuvieron hospitalizados durante el periodo transcurrido entre el año 2010 al año 2014. Se revisaron cuidadosamente los expedientes clínicos y se tomó la información necesaria, con dicha información se realizó una base de datos, en una hoja electrónica. Los datos correspondientes a los diagnósticos psiquiátricos se clasificaron de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10. Posteriormente se llevó a cabo el análisis de los datos, mediante el uso de SPSS, versión 20, con el que se calculó estadística descriptiva y de comparación de grupos.

- **CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

Acorde a la Ley General de Salud, el presente trabajo de investigación NO representó riesgo para los pacientes, se enfocó en la recolección de datos de manera absolutamente confidencial y sin alteración de los documentos revisados. Se considera con un potencial beneficio real y aplicable en la atención que brindamos a estos usuarios, con la intención de aportar datos reales acorde a la información obtenida y el análisis realizado y fomentando la mejoría en la calidad de atención de los mismos. El proceso de recolección de datos,

su análisis y emisión de resultados no contó con fuentes de financiamiento externas o enfrentó conflicto de intereses específico, pues se desarrolla acorde a la misión de nuestra institución de brindar atención integral de alta calidad a nuestra población de pacientes.

4.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Para el análisis estadístico de los datos recabados, se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión 20, se realizó estadística descriptiva de las variables y la prueba de Chi cuadrada para la relación de los grupos.

5.- RESULTADOS

Durante el periodo que abarca desde el mes de Enero de 2010 al mes de Diciembre de 2014, se hospitalizaron en el HPFBA a 55 pacientes inmigrantes, 15 pacientes (27.7%) pertenecieron al sexo femenino y 40 pacientes (72.2%) correspondían al sexo masculino. (Tabla 1). La cantidad de pacientes que se recibieron anualmente fue variable, de entre los periodos que se contabilizaron, el año 2011, fue aquel con mayor cantidad de pacientes hospitalizados, con un total de 15 pacientes (27.3%).

Tabla 1. Porcentaje de pacientes Año-Género

			GENERO		Total
			femenino	masculino	
AÑO	2010	Recuento	1	1	2
		% dentro de GENERO	6.7%	2.5%	3.6%
	2011	Recuento	6	9	15
		% dentro de GENERO	40.0%	22.5%	27.3%
	2012	Recuento	3	8	11
		% dentro de GENERO	20.0%	20.0%	20.0%
	2013	Recuento	2	11	13
		% dentro de GENERO	13.3%	27.5%	23.6%
	2014	Recuento	3	11	14
		% dentro de GENERO	20.0%	27.5%	25.5%
Total		Recuento	15	40	55
		% dentro de GENERO	100.0%	100.0%	100.0%

Considerando el país de origen, los inmigrantes provenientes de EUA, tuvieron la mayor cantidad de pacientes hospitalizados, 11 pacientes (20%), seguido de Guatemala, 9 pacientes (16.3%) y Honduras, 9 pacientes (16.3%). De acuerdo a la región de proveniencia, los pacientes originarios de países Centroamericanos y Caribeños, fueron los más frecuentes, con 30 pacientes (54.5%). (Tabla 2). En cuanto al Estado civil, se encontró que la mayoría de los pacientes se encontraban solteros 45 (81.8%), casados 5 (9%) y divorciados 4 (7.27%). El grado de escolaridad que con más frecuencia se encontró fue el nivel primaria y secundaria, con 19 (34.5%) cada uno. (Tabla 3).

Tabla 2. Año/Nacionalidad

			NACIONALIDAD		
			EUA	GUATEMALA	HONDURAS
AÑO	2010	Recuento	0	0	0
		% dentro de NACIONALIDAD	0.0%	0.0%	0.0%
	2011	Recuento	5	2	2
		% dentro de NACIONALIDAD	45.5%	22.2%	22.2%
	2012	Recuento	2	2	1
		% dentro de NACIONALIDAD	18.2%	22.2%	11.1%
	2013	Recuento	0	3	4
		% dentro de NACIONALIDAD	0.0%	33.3%	44.4%
	2014	Recuento	4	2	2
		% dentro de NACIONALIDAD	36.4%	22.2%	22.2%
Total		Recuento	11	9	9
		% dentro de NACIONALIDAD	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 3. Escolaridad

			ESCOLARIDAD CODIFICADA					Total
			1	2	3	4	5	
AÑO	2010	Recuento	0	0	0	2	0	2
		% dentro de ESCOLARIDAD CODIFICADA	0.0%	0.0%	0.0%	10.5%	0.0%	3.6%
	2011	Recuento	1	6	0	4	4	15
		% dentro de ESCOLARIDAD CODIFICADA	33.3%	31.6%	0.0%	21.1%	44.4%	27.3%
	2012	Recuento	2	0	2	4	3	11
		% dentro de ESCOLARIDAD CODIFICADA	66.7%	0.0%	40.0%	21.1%	33.3%	20.0%
	2013	Recuento	0	10	0	2	1	13
		% dentro de ESCOLARIDAD CODIFICADA	0.0%	52.6%	0.0%	10.5%	11.1%	23.6%
	2014	Recuento	0	3	3	7	1	14
		% dentro de ESCOLARIDAD CODIFICADA	0.0%	15.8%	60.0%	36.8%	11.1%	25.5%
Total		Recuento	3	19	5	19	9	55
		% dentro de ESCOLARIDAD CODIFICADA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

En cuanto a la religión, 33 (60%) no practicaban ninguna religión, 15 (27.2%) refirieron como credo a la religión católica y 4 (7.27%) pertenecían a la religión cristiana.

La edad de los pacientes fue de un rango de los 18 años de edad, hasta 63 años, siendo la media de 31.2 años, (Tabla 4)

Tabla 4.

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EDAD	55	18	63	31.29	10.261
N válido (según lista)	55				

En la variable de orientación sexual encontramos que predomino el grupo de heterosexuales que migraron de su ciudad, (Tabla 5).

TABLA 5. ORIENTACION SEXUAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bisexual	2	3.6	3.6	3.6
	heterosexual	53	96.4	96.4	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

Encontramos que los que más frecuentemente emigran de su país son los hispanos con un porcentaje del 56.4%, (Tabla 6), lo cual como ya es mencionado anteriormente es debido a las condiciones económicas en que se encuentran.

TABLA 6. RAZA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Árabe	1	1.8	1.8	1.8
	Asiática	1	1.8	1.8	3.6
	Caucásica	13	23.6	23.6	27.3
	Hispana	31	56.4	56.4	83.6
	negra	2	3.6	3.6	87.3
	Negra	7	12.7	12.7	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

Observamos que en cuanto al desempleo en el sexo femenino fue 12 pacientes que corresponde al (21.8%), y en el sexo masculino tenemos que 32 corresponden al (58.1). Estos datos son importantes en cuanto a la frecuencia de los pacientes que migran ya que generalmente lo hacen para entrar a los Estados Unidos cruzando la frontera mexicana son 20 con un porcentaje de (36.3%), es de llamar la atención que el 29%, de la población total correspondiente a 16 pacientes, tuvieron un brote psicótico activo asociado al momento de la migración y detención (Tabla 7).

TABLA 7. MOTIVO DE MIGRACION

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Cruzar frontera a EUA	1	1.8	1.8	1.8
	Contexto psicótico	16	29.1	29.1	30.9
	Cruzar frontera a EUA	1	1.8	1.8	32.7
	Cruzar frontera a EUA	13	23.6	23.6	56.4
	Cruzar frontera EUA	5	9.1	9.1	65.5
	Desconocido	2	3.6	3.6	69.1
	Residencia ilegal en México	17	30.9	30.9	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

El diagnóstico psiquiátrico se codificó en base a las claves propuestas por la CIE-10, tomando en cuenta el diagnóstico de ingreso al momento de la hospitalización y el diagnóstico al egreso de la hospitalización.

Encontramos que al ingreso se realizaron diagnósticos predominantemente del EJE I, de entre los 5 primeros, se encontraron el Trastorno psicótico sin especificación, (32.2%), Esquizofrenia Paranoide (18.1%), Trastorno Bipolar, maniaco con síntomas psicóticos y Consumo perjudicial de múltiples sustancias (9%), respectivamente y Trastorno psicótico secundario al consumo de múltiples sustancias (7.2%), (Tabla 11).

Tabla 11. Diagnóstico CIE-10, Ingreso

			F29.0	F20.0	F31.1	F19.5	F19.1
Género	Femenino	Recuento	7	3	1	1	1
		%	**12.7%**	**5.4%**	**1.8%**	**1.8%**	**1.8%**
	Masculino	Recuento	11	7	4	3	4
		%	**20%**	**12.7%**	**7.2%**	**5.4%**	**7.2%**
total		Recuento	18	10	5	4	5
		%	**32.7%**	**18.1%**	**9%**	**7.2%**	**9%**

Al término de la hospitalización, los resultados siguieron siendo principalmente del Eje I, sin embargo se diversificaron las entidades, conformando no solamente síndromes psicóticos, sino una gran variedad de trastornos, entre ellos el espectro de Trastornos adaptativos y Trastornos de la personalidad, (Tabla 9).

Tabla. 9. Diagnóstico CIE-10, Egreso

			F20.0	F19.1	F60.2	F43.2	F19.5
Género	Femenino	Recuento	3	1	1	0	0
		%	**5.4%**	**1.8%**	**1.8%**	**-**	**-**
	Masculino	Recuento	8	9	9	6	4
		%	**14.5%**	**16.3%**	**16.3%**	**10.9%**	**7.2%**
total		Recuento	11	10	10	6	4
		%	**19.9%**	**18.1%**	**18.1%**	**10.9%**	**7.2%**

Como hemos visto en los cuadros previos, el consumo de sustancias se presenta de manera consistente tanto en los diagnósticos de ingreso y egreso, en ese sentido encontramos que, 28 (50.9%) tienen consumo de sustancias, contra el 27 (49.09%) restante que no consume. Se realizo la averiguación del número de sustancias que consumían, encontrando un rango de 1 a 7 sustancias psicoactivas, (Tabla 10).

TABLA 10.

Tabla de contingencia GENERO * NÚMERO DE SUSTANCIAS

			NÚMERO DE SUSTANCIAS							Total
			0	1	2	3	4	5	7	
GENERO	femenino	Recuento	11	2	1	0	0	0	1	15
		% dentro de NÚMERO DE SUSTANCIAS	40.7%	20.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	27.3%
	masculino	Recuento	16	8	2	6	5	3	0	40
		% dentro de NÚMERO DE SUSTANCIAS	59.3%	80.0%	66.7%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	72.7%
Total		Recuento	27	10	3	6	5	3	1	55
		% dentro de NÚMERO DE SUSTANCIAS	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Encontramos también que el género masculino reporta más y en mayor cantidad uso de sustancias, 24 pacientes (43.6%)

mujeres 4 (7.2%), contra el 27% que no consumen. Fue importante también relacionar la frecuencia del consumo de sustancias y el número de sustancias consumidas, con la nacionalidad, que para éste respecto se realizaron agrupaciones de los países por región geográfica, lo cual se gráfica en la (Tabla 8). En ésta gráfica podemos observar que los pacientes provenientes de países ubicados en la región geográfica de de Centroamérica y el Caribe, resultaron ser 17 (30.9%), de la población total, superando ampliamente a las otras regiones geográficas. Del total antes mencionado, 8 de ellos, es decir el 47.0% presentaban consumo de múltiples sustancias.

Tabla 8. Región geográfica/Consumo y Número se sustancias

			NÚMERO DE SUSTANCIAS							Total
			0	1	2	3	4	5	7	
NACIOAGRU	NORTEAMERICA	Recuento	7	1	1	4	0	0	0	13
		% dentro de NÚMERO DE SUSTANCIAS	25.9%	10.0%	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	23.6%
	CENTROAMERICA CARIBE	Recuento	13	7	2	1	3	3	1	30
		% dentro de NÚMERO DE SUSTANCIAS	48.1%	70.0%	66.7%	16.7%	60.0%	100.0%	100.0%	54.5%
	SUDAMERICA	Recuento	2	0	0	0	0	0	0	2
		% dentro de NÚMERO DE SUSTANCIAS	7.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.6%
	EUROPA	Recuento	1	0	0	1	1	0	0	3
		% dentro de NÚMERO DE SUSTANCIAS	3.7%	0.0%	0.0%	16.7%	20.0%	0.0%	0.0%	5.5%
	AFRICA	Recuento	2	1	0	0	0	0	0	3
		% dentro de NÚMERO DE SUSTANCIAS	7.4%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.5%
	ORIENTE	Recuento	2	1	0	0	1	0	0	4
		% dentro de NÚMERO DE SUSTANCIAS	7.4%	10.0%	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	7.3%
Total		Recuento	27	10	3	6	5	3	1	55
		% dentro de NÚMERO DE SUSTANCIAS	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Cabe mencionar que como hallazgo dentro de este mismo grupo de 30 pacientes (54.5) encontramos además la presencia de ideación suicida en un 21.8% de los pacientes que corresponde a (12) e intento suicida 18.1% (10).

6.- DISCUSIÓN

Como se ha mencionado con anterioridad, la población inmigrante es sumamente heterogénea, sin embargo dentro de ésta heterogeneidad, podemos coincidir que, la población migrante que con más frecuencia encontramos pertenecía al género masculino, como en la mayoría de los reportes de inmigrantes a nivel mundial. En particular en éste país, los migrantes pertenecientes a los países de la región geográfica de Sudamérica y El Caribe suman la mayoría de inmigrantes. Sin embargo vale la pena resaltar que si tomáramos en cuenta únicamente la nación y no la región geográfica, es Estados Unidos de América el país con el porcentaje más elevado de pacientes inmigrantes que ameritaron tratamiento psiquiátrico intrahospitalario. La mayoría de los pacientes con dicha nacionalidad, migraron en el contexto de un trastorno psiquiátrico psicótico, y como se encontró en esta investigación predominaba la Esquizofrenia Paranoide como entidad clínica causal. En el caso de los centroamericanos y caribeños comprobamos que la principal

motivación para el desplazamiento era el cruce hacia Norteamérica, sin embargo dados los hallazgos en la investigación, éste sector poblacional cuenta con una alta frecuencia de consumo perjudicial de sustancias psicoactivas, lo que pudiese funcionar como factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología psiquiátrica.

7.- CONCLUSIONES

Hoy en día continúa siendo la población inmigrante centroamericana, caribeña y de países en "vías de desarrollo", aquella que con más frecuencia y cantidad observamos en calidad de inmigrante en éste país. Dentro de la población inmigrante, hay una alta frecuencia de Trastornos asociados al consumo de sustancias, que en sus distintas modalidades, tales como: consumo perjudicial, síndrome de dependencia y trastorno psicótico asociado al consumo, representan un problema mundial de salud sumamente importante y alarmante, que actualmente demanda atención prioritaria, ya que además de funcionar como un trastorno psiquiátrico en sí, es un factor de riesgo importante que aunado al estrés migratorio al que se ven sometidos los inmigrantes y otros factores diversos pueden decantar un trastorno psiquiátrico grave.

Con ésta investigación se demuestra que en el HPFBA se atiende a una cantidad importante de pacientes inmigrantes con trastornos psiquiátricos diversos. Podríamos considerar que puesto que el fenómeno migratorio continúa en aumento, cada vez será más frecuente la presencia de inmigrantes con trastornos psiquiátricos. Es importante señalar la necesidad real de profesionales en salud mental habilitados para la atención de ésta población. Durante el transcurso de la residencia en Psiquiatría, me he dado cuenta de la gran afluencia de pacientes inmigrantes en el hospital, teniendo yo misma la oportunidad de trabajar junto al Médico tratante en varias ocasiones, por lo que no fue difícil imaginar que se estaba llevando a cabo un registro adecuado de ésta población, pero sin embargo no es así, por lo que aprovecho para recalcar la necesidad de iniciar un registro detallado de éstos pacientes, con la idea de contar paulatinamente con más datos acerca de la población y que finalmente se pueda continuar la investigación en ésta área.

8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

(1) El Día Mundial del Refugiado 2009 Report. El Día Mundial del Refugiado que se celebra en el año 20 de junio todos los días.

(2) Berry JW. Immigration, acculturation, and adaptation.Appl Psychol 1997;46(1):5-34.

(3) Berry JW. Conceptual approaches to acculturation. In:Chun B-O, Marin G,editors. Acculturation. Washington, DC: American Psychological Press; 2003.p. 17-27.

(4) Berry JW. Acculturation and identity. In: Bhugra D, Bhui KS, editors. Textbook of cultural psychiatry. Cambridge:Cambridge University Press; 2007. p. 169-78.

(5) Nasser M, Bhugra D, Chow V. Concepts of body and self in minority groups. Female Body Mind 2007;192.

(6) Hofstede GH. Culture's consequences: comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations. Sage; 2001.

(7) Odegaard O. Emigration and insanity: a study of mental disease among the Norwegian-born population of Minnesota. Acta Psychiatr Scand 1932;7(Suppl. 4):1-206.

(8) Cantor-Graae E, Pedersen CB. Risk of schizophrenia in second-generation immigrants: a Danish population-based cohort study. Psychol Med 2007;37(4):485-94.

(9) Cantor-Graae E, Selten J-P. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. Am J Psychiatry 2005;162(1):12-24.

(10) Veling W, Hoek HW, Mackenbach JP. Perceived discrimination and the risk of schizophrenia in ethnic minorities. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008;43(12):953-9.

(11) Schofield P, Ashworth M, Jones R. Ethnic isolation and psychosis: re-examining the ethnic density effect. Psychol Med 2011;41(6):1263–9.

(12) Sartorius N, et al. An international study of psychological problems in primary care: preliminary report from the World Health Organization collaborative project on Psychological Problems in General Health Care. Arch Gen Psychiatry 1993;50:819–24.

(13) Weissman M, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. JAMA 1996;276(0):293–9.

(14) Williams DR, et al. Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites: results from the National Survey of American Life. Arch Gen Psychiatry 2007;64(3):305

(15) World Health Organization. World health report 2001: mental health: new understanding, new hope. World Health Organization; 2001.

(16) Swinnen SG, Selten J-P. Mood disorders and migration meta-analysis. Br J Psychiatry 2007;190(1):6–10.

(17) Sieberer M, et al. Depressive symptoms in first- and second-generation migrants: A cross-sectional study of a multi-ethnic working population. Int J Soc Psychiatry 2012;58(6):605–13.

(18) Ritsner M, et al. Somatization in an immigrant population in Israel: a community survey of prevalence, risk factors, and help-seeking behavior. Am J Psychiatry 2000;157(3):385–92.

(19) Bhugra D, Bhui K. Eating disorders in teenagers in East London: a survey. Eur Eat Disord Rev 2003;11(1):46–57.

(20) Carta MG, et al. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). Clin Pract Epidemiol Ment Health 2005;1(1):13.

(21) Heinz A, Kluge U. Mental health in different groups of migrants and ethnic minority within Europe and beyond: Regional and cross-national challenges and approaches in research, practice and training. Eur Psychiatry 2012;27:S1–3.

(22) Cochrane R, Bal SS. Patterns of alcohol consumption by Sikh, Hindu and Muslims seen in West Midlands. Br J Addict 1990;85:759–76.

(23) Cochrane R, Howell M. Drinking patterns of black and white men in the West Midlands. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1995;30(3):139–46.

(24) Bhugra D. Culture and self-harm. Attempted suicide in South Asians in London. East Sussex: Psychology Press Hove; 2004.

(25) Bhugra D, et al. Deliberate self-harm in adolescents in West London: sociocultural factors. Eur J Psychiatry 2004;18(2):91–8.

(26) Bhui K, et al. Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. BMC Health Serv Res 2007;7:15.

(27) Bruckner B, et al. Charakteristika von Suizidversuchen turkischer Migranten im Kanton Basel-Stadt. Resultat der WHO/EURO Multizenterstudie. Nervenheilkunde 2011;30(7):517–22.

(28) Garssen M, Hoogenboezem J, Kerkhof A. [Suicide among migrant populations and native Dutch in The Netherlands]. Ned Tijdschr Geneeskd 2006;150(39):2143.

(29) D. Bhugra et al. EPA Guidance Mental Health Care of migrants Eur J Psychiatry 29 (2014) 107–115.

9. - ANEXOS:

MÉXICO, D. F. a 7 de abril de 2015

Dr. Héctor Cabello Rangel
Jefe de Servicios Clínicos del HPFBA

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitarle autorización y para llevar a cabo la revisión de expedientes clínicos, con motivo de la realización de mi tesis. Dicha revisión será realizada dentro de las instalaciones del hospital, en el archivo clínico. La fecha de la revisión será del día: 18 de mayo 2015 al 22 de mayo de 2015. Me despido no sin antes enviarle un cordial saludo y de antemano le agradezco infinitamente por su atención y apoyo.

Anexo autorización de los comités de Investigación y de Ética en Investigación

Atentamente
Dra. Isis Arsahé Suárez Ponce de León
Residente de 4° año

MÉXICO, D. F. a 7 de abril de 2015

Lic. Claudia Barrera Rubio
Jefa del Archivo Clínico

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitar su colaboración en la revisión de expedientes clínicos, con motivo de la realización de mi tesis. Dicha revisión será llevada a cabo dentro de las instalaciones del hospital, en el archivo clínico y en el lugar que usted disponga para ello, en el compromiso que mi estancia en su servicio ni alterará ni perjudicará las actividades que ahí se realizan. La fecha de la revisión será del día: 18 de mayo de 2015 al 22 de mayo de 2015. Me despido con un cordial saludo y de antemano le agradezco su atención.

Anexo autorización de los comités de Investigación y de Ética en Investigación

Atentamente
Dra. Isis Arsahé Suárez Ponce de León
Residente de 4° año