

01966
230



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

El proceso de adaptación de los
inmigrantes centroamericanos
en el valle de México.

T E S I S

Para obtener el Grado de
Maestro en Psicología Social

P r e s e n t a

LUIS RENE QUINTANA GUERRA

Director de Tesis: Mtra. Lucy Reidl Martínez

Sinodales:

Mtra. Aida María Rodríguez Vélez

Mtra. Patricia Andrade Palos

Dr. Rolando Díaz Loving

Mtro. Pablo Fernández Christlieb

México, D. F. 1993.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

INDICE

PAGINA

INTRODUCCION	I
--------------------	---

CAPITULO I

IMIGRACION

1.1. Introducción	1
1.2. Concepto de migración	1
1.3. Causa de migración	2
1.4. Concepto de Refugiado	11
1.5. Asilo, Refugio y Protección	18
1.6. Problemática de la Migración en América Latina	
1.7. Modelos de estudio	22
1.7.1. Modelo de Morrison	31
1.7.2. Modelo de Estrés del Reasentamiento de inmigrantes y refugiados	37
1.7.3. Modelo de Westin	44

CAPITULO II

MIGRACION, ESTRES Y SALUD

2.1. Concepto de Estrés	46
2.2. Factores Psicosociales y Estrés	53
2.3. La Migración como factor de estrés	55
2.4. El estrés como causa de enfermedad	58
2.5. Factores psicosociales y enfermedad	70
2.6. Concepto de salud física	73
2.7. Estudios realizados	75

CAPITULO III

METODOLOGIA Y RESULTADOS

3. Problema	97
3.1. Objetivo de la investigación	98
3.2. Objetivos generales	98
3.3. Objetivos específicos	99
3.4. Hipótesis general	99
3.4.1. Hipótesis específicas	99
3.5. Tipo de estudio	100
3.6. Diseño	100
3.7. Variables	100
3.7.1. Variable dependiente	100
3.7.2. Variable independiente de elasticación	101
3.7.3. Controles	102
3.8. Población	102
3.8.1. Criterios de inclusión	103
3.8.2. Criterios de exclusión	103
3.9. Muestra	103
3.9.1. Características sociodemográficas de la muestra	104
3.10. Instrumentos	107
3.10.1. Escala No. 1 de Actitudes hacia los Mexicanos	107
3.10.1.1. Introducción	107
3.10.1.2. Análisis de frecuencias	107
3.10.1.3. Confiabilidad de la escala	108
3.10.1.4. Análisis factorial	108
3.10.1.5. Validez de Constructo Teórico	109
3.10.2. Escala No. 2 de Auto-concepto (P2)	114
3.10.2.1. Introducción	114
3.10.2.2. Análisis de frecuencias	115
3.10.2.3. Confiabilidad de la escala	115
3.10.2.4. Validez de constructo teórico	117
3.10.2.5. Confiabilidad de los factores	119
3.10.3. Escala No. 3 de Salud (P3)	122
3.10.3.1. Introducción	122
3.10.3.2. Análisis de frecuencias	123
3.10.3.3. Confiabilidad de la escala	123
3.10.3.4. Validez de constructo teórico	124

3.10.3.5. Análisis factorial con Rotación Oblicua	128
3.10.4. Aplicación de la Escala de Salud (2) a la Muestra	129
3.10.4.1. Introducción	129
3.10.4.2. Análisis de frecuencias	130
3.10.4.3. Confiabilidad de escala	130
3.10.4.4. Validez de constructo teórico	131
3.10.4.5. Definición de factores	134
3.10.4.6. Análisis de regresión múltiple	135
3.10.4.7. Análisis discriminante	141

CAPITULO IV

Discusión y conclusiones	147
Limitaciones y sugerencias	155
Presentación de un Modelo de Investigación	157
Bibliografía	158
Anexo 1	170
Anexo 2	172
Anexo 3	176
Anexo 4	181

RESUMEN.

El objetivo fue establecer la relación que existe entre el proceso de adaptación, determinado por indicadores de salud mental y la actitud hacia país huésped y el autoconcepto que presentan los sujetos.

Tres escalas válidas y confiables se aplicaron a una muestra de 363 sujetos inmigrantes centroamericanos asentados en el Valle de México. Las hipótesis relacionan el efecto del autoconcepto la actitud hacia los mexicanos con los indicadores de salud mental. Quedaron comprobadas con análisis de regresión múltiple. Los factores de autoconcepto (mediadores internos de estrés) en sus dimensiones Felicidad-Infelicidad, Emotividad-no Emotividad y Sociable-Insociable resultaron ser más importantes para explicar el 20% de la salud mental del inmigrante que los factores de actitud.

La diferenciación de los perfiles de adaptación en función de variable sociodemográfica se estableció mediante análisis discriminantes. Se observó que en general que los hombres con pareja, de mayor escolaridad, con menos años de residencia en el país huésped y los de mayor edad se encuentran en una zona de menor riesgo de patología causada por los procesos migratorios.

ABSTRACT

The purpose of this study was to establish the relation between the adaptation process, indicated by psychological and physiological stress scales of immigrants, and their attitude towards host country and their self-concept.

Valid and reliable mental health, attitude towards host country and self-concept scales were applied to 363 Centroamerican immigrants living in Mexico City. Multiple regression analysis demonstrated that self-concept factors (internal stress mediators) -Happiness-unhappiness, emotional-non emotional and sociable-unsociable- were more important than attitude towards host country, to explain approximately 20% variance of the stress factors.

Discriminant analysis between sex, education, time living in Mexico, age and marital status were compared with the stress scales, self concept and attitude towards host country as discriminant variables. Results indicated that married males with more formal education, older and with less time living in Mexico, were at less risk of pathology caused by migration processes.

INTRODUCCION

¿Cuáles son los factores o combinación de los mismos que influyen sobre el proceso de adaptación de los inmigrantes centroamericanos asentados en el Valle de México?

La migración como fenómeno social ha existido desde siempre y ha estado presente a través de la historia del desarrollo humano. En las últimas décadas el número de inmigrantes pertenecientes a la categoría de refugiados, desplazados e inmigrantes indocumentados ha aumentado a tal extremo que el fenómeno de la migración ha adquirido una dimensión mundial. Especialmente en la última década y en lo que ha corrido de la presente el problema de migración constituye un problema a nivel mundial. Basta mencionar el enorme flujo de refugiados y desplazados originado por los conflictos bélicos del Medio Oriente (guerra entre Irán-Irak; guerra entre Arabes e Israelíes; el conflicto no resuelto entre Palestinos e Israelíes). Luego al final de la década de los 80's la caída del Muro de Berlín (1989), la desintegración de la Unión Soviética, el rompimiento del bloque socialista y terminación de la guerra fría, el desmembramiento de la Federación Yugoslava (1991), la Guerra del Golfo Pérsico (1991), han dejado como consecuencia un enorme flujo migratorio hacia los países del Primer Mundo.

En otro ámbito, en lo que atañe a este estudio, está el caso de los países centroamericanos en los que el bajo índice de desarrollo humano ha conducido a grandes sectores de la población a la pobreza extrema (CEPAL, 1991), a lo que se agrega la violencia internalizada e institucionalizada; la violación de los derechos humanos, ha obligado a cientos de miles de ciudadanos a tomar el camino de la migración y el exilio en busca de seguridad y protección (Aguayo, 1985; Zolberg, Suhrke, y Aguayo, 1989). El término seguridad implica para el refugiado o el inmigrante su subsistencia y la conservación de la propia vida. La protección se obtiene en el país de arribo a través de organismos internacionales tales como el ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA REFUGIADOS (ACNUR), y la CRUZ ROJA INTERNACIONAL.

El propio proceso de cambio social y la lucha por alcanzar las aspiraciones de mejoría de las mayorías, víctimas de la marginación y de la pobreza extrema, a lo que suma la violencia indiscriminada con violación de los derechos humanos por parte de los grupos que detentan el poder político, se transforma en el disparador de la migración

forzada en el área del Istmo centroamericano, siendo el propio sistema sociopolítico y económico en turno, el expulsor de sus propios ciudadanos.

El éxodo de ciudadanos centroamericanos por las condiciones sociopolíticas y económicas imperantes, constituyen o forman el contingente de inmigrantes que se incluyen en la categoría de "refugiados". El concepto de refugiado se analiza en el Capítulo Primero de este estudio en base al Protocolo de la Convención de Ginebra de las Naciones Unidas de 1951 y el Protocolo Adicional de 1967. Redefinido en el Acta de Cartagena de Indias de 1984 (Colombia). Este último protocolo amplía el espectro de circunstancias que definen y determinan la categoría de refugiado.

En el Capítulo Primero del presente estudio se analiza el concepto de migración desde el punto de vista etimológico, luego las condiciones que deben cumplirse para que se considere como tal, luego se analizan las causas que intervienen o que mediatizan el proceso. Se analiza el concepto de refugiado en función del Estatuto de la Convención de Ginebra de 1951 y del Acta de Cartagena de 1984. En el mismo contexto se analiza la función del ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA REFUGIADOS en lo que se refiere al asilo político, el refugio, la protección y asistencia a los refugiados. Se analiza la problemática de la migración latinoamericana con énfasis en el ámbito de Centroamérica. Por último, en este mismo capítulo se hace un análisis de los diferentes y más relevantes modelos de estudio presentados por Morrison (1973); Pearlín, Lieberman, Menaghan y Mullen (1981); y Westin (1973).

En el Capítulo Segundo se conceptualiza la migración como un evento estresante de la vida del individuo, que modifica el funcionamiento sociológico y psicológico del inmigrante. En este mismo contexto se analizó el concepto de estrés a través de sus más relevantes autores: Lazarus (1986); Levi (1971); Seyle (1936); se analizan también los factores psicosociales y el estrés, la migración como factor de estrés y el estrés como causa de enfermedad. Se analizan las vinculaciones o asociaciones que existen entre migración y salud mental. En este mismo capítulo se hace una revisión de los principales autores sobre migración y en diferentes categorías de migrantes. Los trabajos apuntan al binomio migración/salud mental.

En el Capítulo Tercero se plantearon las preguntas del problema central de este estudio acerca de los factores que en mayor (o menor) medida influyen en el proceso de adaptación de los inmigrantes centroamericanos asentados en el Valle de México; así mismo, se plantearon las hipótesis específicas que relacionan los factores que influyen en el proceso de adaptación (Variables Independientes) que resultaron de las subescalas de los instrumentos empleados en el estudio. Estos, constituidos por el Instrumento 1 de

Actitud hacia los mexicanos, el Instrumento 2 de Autoconcepto de los inmigrantes, y el Instrumento 3 de Salud Mental, basado en síntomas de estrés. Se empleó el análisis de regresión múltiple que determinó la relación de Actitud y de Autoconcepto, y la Variable Dependiente formada por el instrumento de Salud.

Las diferencias en el perfil de adaptación que corresponde a las cinco hipótesis específicas se resolvieron mediante análisis de discriminantes y las variables sociodemográficas: sexo, estado civil, escolaridad, años de residencia en México y edad. La diferencia de los grupos quedó definida en el histograma que cada una de las funciones discriminantes arrojaron.

En el Capítulo Cuarto se reporta la Discusión y Conclusiones que corresponde a las respuestas de las diferentes hipótesis planteadas en este estudio.

Finalmente en la parte correspondiente a limitaciones y sugerencias se presenta un modelo de hipótesis para la investigación de la migración.

CAPITULO I. MIGRACION

1.1 INTRODUCCION

La migración y los desplazamientos humanos, como fenómeno social, son tan antiguas como la existencia misma del hombre sobre la faz de la tierra. El hombre primitivo huyó y se desplazó afuera de su lugar de residencia habitual como mecanismo de defensa y de sobrevivencia ante la incapacidad de contener o poder controlar las fuerzas de los eventos naturales como inundaciones, sequías, hambrunas, epidemias, terremotos, etc... etc. Históricamente han sido inherentes al desarrollo humano, han contribuido a la formación de los distintos grupos étnicos, a la formación de las distintas culturas y al desarrollo de las civilizaciones que hoy día se conocen (Mc Nall-Burns, 1964).

1.2 CONCEPTO DE MIGRACION

En su sentido más amplio, el término "migración suele definirse como el desplazamiento de personas a una distancia significativa y con un carácter permanente" Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales (1970). Volumen 7, pág. 93.

Esta definición lleva consigo dos ideas que se hace necesario precisar para que el término "migración" adquiera su verdadera connotación. Ellas son la idea de "permanencia" y la idea de "distancia significativa". La primera se refiere al tiempo de permanencia y la segunda a la distancia.

El término migración viene del latín "migrare" que significa cambiar de residencia, pero en el concepto moderno de migración este cambio de residencia se extrapola al cambio de comunidad que implica también un cambio del contexto social. En este sentido no se considera como emigrante una persona que se muda de residencia en una misma comunidad porque sigue conservando el mismo marco social de referencia.

La idea de "distancia significativa" lleva implícita la diferencia de contexto social. En este sentido los desplazamientos internacionales de un país a otro o de un continente a otro serían las migraciones que se ajustan plenamente al concepto.

En lo que se refiere a la "permanencia" en las migraciones internacionales (que son las que se abordan en este estudio), las Naciones Unidas (y, lo establecen numerosos otros países), recomiendan el criterio de que se considere como permanente una migración cuando el traslado es por un año o más. En tanto que estancias inferiores a este límite de tiempo se consideran o se clasifican como "visitas" Enciclopedia Internacional de ciencias sociales (1975). Volumen 7, pág. 93.

La migración, definida en los términos que todos los diccionarios y tratados manejan corresponde a la "acción y efecto de pasar de un país a otro o, de una región a otra para establecerse ahí" (Grinberg y Grinberg, 1984). Esta que puede ser temporal (trabajadores huéspedes) o permanente (Zwiggmann, 1973).

Inmigrante o migrante es aquella persona que se traslada de un país a otro, de una región a otra, lo suficientemente distinta y distante por un tiempo prolongado, lo que implica vivir y desarrollar allí sus actividades cotidianas (Grinberg y Grinberg, 1984). Lo que implica a su vez adquirir allí una nueva cotidaneidad (Carrasco, 1981).

1.3 CAUSA DE LA MIGRACION

Atendiendo a las motivaciones que las inducen, las inmigraciones internacionales responden a un espectro muy amplio de causas entre las que se encuentran las causas políticas, económicas, geopolíticas, sociales, étnico-culturales, étnico-religiosas, ideológicas. Se incluyen también, hoy día, las causas ecológicas, como por ejemplo el proceso de desertificación que está sufriendo África que ha provocado que miles de individuos abandonen su habitat (Lazarus, 1990), y responde a la incapacidad del individuo para contener y controlar las fuerzas de la naturaleza

De acuerdo con el concepto de migración y migrante (emigrante, inmigrante), definido en los términos señalados anteriormente, los emigrantes o inmigrantes sobre los cuales recae la acción y el efecto de la migración, pueden situarse en un continuum que va desde refugiados, expulsados (expatriados), indocumentados o ilegales y desplazados. Constituyen una categoría única: "inmigrantes", cuya causa de inmigración se encuentra inserta en el sistema socio político, económico, religioso-cultural e ideológico al cual pertenecen o en el que se encuentran asentados: o sometidos bajo algunas de las formas de dominación como son las invasiones, las conquistas, las colonizaciones, o la imposición de un sistema socio-político represivo no compatible o congruente con las aspiraciones y

demandas de las mayorías; o la negación de espacios políticos a las minorías.

Históricamente, lo que ha dado origen a los flujos migratorios y desplazamientos humanos han sido los conflictos que se han originado, se originan y continúan originándose en el marco de las causas políticas, geopolíticas, económicas, sociales, religiosas, étnico-culturales, ideológicas, e incluyendo los conflictos provocados por la degradación ambiental, la escasez de recursos, la presión demográfica, la fragmentación política y geográfica que vienen experimentando algunos estados en el inicio de la presente década (fragmentación política y geográfica de la ex-Unión Soviética, y la fragmentación y escisión geográfica de la Federación Yugoslava en 1991, la caída del muro de Berlín y la fragmentación del mundo Socialista).

En el marco de las causas que generan y reproducen las crisis y los conflictos, se encuentran los movimientos sociales, los movimientos nacionalistas e independentistas, los movimientos revolucionarios, los movimientos religiosos. Este conjunto de conflictos y guerras son el resultado de un nivel superior de lucha con diferentes niveles de violencia y exterminio cuando la acción de la diplomacia y la capacidad de negociación quedan agotadas.

Estos conflictos pueden ser tanto a nivel internacional como a nivel nacional o interno de los propios Estados. En el primer caso se trata de conflictos entre uno o más estados involucrados en alianzas o bloques ideológicos. En el segundo caso se encuentran los conflictos internos de los propios Estados y que han dado origen a las guerras civiles. Todo este conjunto de causas que se conjugan para determinar o generar conflictos y guerras han causado, causan y continúan causando los flujos migratorios y desplazamientos humanos que se han sucedido a través de todos los tiempos en la historia del desarrollo humano.

La historia del presente siglo está determinada y caracterizada por la gran cantidad de crisis y conflictos bélicos que se han sucedido tanto a nivel internacional como a nivel nacional o interno de los propios Estados, y algunos autores la han denominado la "era de las grandes guerras mundiales" (Benz y Graml, 1991). A nivel internacional están las dos grandes guerras mundiales y en la presente década la Guerra del Golfo Pérsico (1991). A nivel nacional o interno de los propios Estados están las guerras civiles, entre las que destacan en la hora presente por la intensidad de su violencia, las causadas por el fraccionamiento político y geográfico de la Federación Yugoslava; el conflicto armado en Irlanda del norte desde 1966 (Benz y Graml, 1991); los conflictos armados en el

continente africano por la degradación ambiental (Lazarus, 1990); la Revolución de Octubre en Rusia (1917-1922) y que a partir de 1922 llegó a integrar un bloque político económico e ideológico de enorme trascendencia en el mundo por la influencia, ingerencia y dinámica que le imprimió a los procesos de Liberación y Descolonización a los continentes colonizados por las potencias europeas y que habían alcanzado el rango y categoría de imperialistas, fundamentalmente Inglaterra, Francia, Holanda y Bélgica.

Los flujos migratorios y desplazamientos humanos del presente siglo son sin precedentes en la historia del desarrollo humano, se producen en el contexto de los conflictos que conllevan la violencia exterminadora de la guerra, la que no sólo recae sobre los actores del campo de batalla, sino sobre la sociedad civil que en muchos casos debe huir tras la búsqueda de refugio.

La Primera Guerra Mundial (1914-1918) produjo un desplazamiento de 6 millones de personas. En tanto que la Segunda Guerra (1939-1945) dejó un saldo de 60 millones de desplazadas fuera de su lugar habitual de residencia (Jones, 1977). Al mismo tiempo, miles de individuos debieron huir antes del estallido de las hostilidades, por miedo a la persecución política y la persecución racial que se había desatado durante el período de preguerra en la Alemania nazi y en la Italia fascista de Mussolini.

Una de las consecuencias geohistóricas inmediata de la Primera Guerra Mundial fue haber dejado conflictos no resueltos que condujeron a la Segunda guerra Mundial (1939-1945). Así mismo la nueva situación geopolítica, con la derrota de la Alemania Imperial, el triunfo de la Revolución Rusa, significó el ocaso definitivo de las dinastías imperiales que habían dominado Europa (Imperio Austro-Húngaro, Alemán, Ruso y Otomano) y que tuvo su correlato al término de la Segunda Guerra Mundial con el derrumbamiento de los imperios coloniales europeos que prácticamente habían dominado todo el planeta, principalmente en África y Asia, encabezado por Inglaterra, Francia, Bélgica, Holanda y en menor grado de importancia Portugal, que había dominado grandes extensiones territoriales en África desde el siglo XV (Jones, 1977). Siendo también Portugal el último país en abandonar sus posiciones coloniales en África en 1975 (Benz y Graml, 1991).

Entre tanto, en el período que se podría llamar de "entre guerras", había continuado la expansión de la Revolución socialista impulsada por lo que a partir de 1922 constituyó la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas bajo las premisas de una nueva ideología y modelo de desarrollo económico y social asumido e impuesto en los países

de Europa del Este (Benz y Graml, 1991).

Durante el período de entre guerras y la Segunda Guerra Mundial misma, miles de personas fueron forzadas a emigrar a causa de los desplazamientos y traslados forzoso de minorías étnicas; otros huyeron de los frentes mismos de las hostilidades, los miles de hombres enrolados en las brigadas de trabajo forzado en los países ocupados por la Alemania Nazi, y los deportados que también sumaron millones, y el reajuste que siguió a estos hechos, provocó nuevos movimientos de masas. Alemania deportó un millón de judíos y polacos durante la guerra; otro tanto hizo Rusia desplazando a más de un millón de alemanes desde la región del Volga a las regiones orientales más alejadas (Jones, 1977).

Al término de la II Guerra Mundial, las potencias vencedoras de este conflicto, que habían conformado las Fuerzas Aliadas y que habían derrotado a las fuerzas de la coalición integrada por Alemania, Italia y Japón llamada "países del eje", se escindieron natural y forzosamente por la diferente ideología e intereses que sustentaban y los orientaba (Benz y Graml, 1991).

En este contexto surgió entre las potencias vencedoras después del Tratado de Yalta, el Conflicto Ideológico que dividió y polarizó al mundo en dos bloques de poder (Ramos, 1991); por un lado el bloque de desarrollo socio-económico capitalista encabezado ahora por los EE. UU. de Norte América, y por otro lado, el bloque de desarrollo bajo las premisas del modelo socialista encabezado por la Unión Soviética y los países de Europa del Este.

El término de la II Guerra Mundial trajo como consecuencia inmediata la polarización del mundo en dos bloques de poder lo que condujo a lo que se ha denominado la "guerra fría", que fue una prolongación de la II Guerra Mundial en la que se confrontaron indirectamente los dos bloques de poder. Esto trajo también como consecuencia una modificación en las relaciones internacionales de los países que obligada y necesariamente debieron escoger lado.

La guerra fría significó un desafío en el campo político, económico e ideológico que se llevó a cabo a través de una enorme maquinaria propagandística jamás conocida a través de todos los medios de comunicación de masas. Esto condujo a los EE. UU. y la Unión Soviética al desarrollo de una carrera armamentista jamás conocida en la historia

y a un enfrentamiento bélico indirecto en terreno de terceros países, (con la sola excepción de la Guerra de Corea) que respondía a intereses del control de los recursos naturales y la prevalencia del sistema político económico que sustentaban.

Los conflictos que se sucedieron después de 1945 (año de la terminación de la II Guerra Mundial), hay que situarlos en el marco de los grandes conflictos mundiales del presente siglo, los cuales resultan ser las secuelas directas del nuevo orden que se estableció después de la polarización del mundo en los dos bloques de poder (EE. UU. y la Unión Soviética) y la Guerra fría misma, que determinaron un nuevo tipo de relaciones internacionales. En función de la polarización se obligó a los países (especialmente a los países del Tercer Mundo) a alinearse con los bloques de poder.

Con respecto a los conflictos internacionales sucedidos después de 1945 pueden agruparse en dos categorías: los que se produjeron directa o indirectamente en el contexto del conflicto ideológico Este-Oeste en la guerra Fría (especialmente la Guerra de Corea) y los conflictos que se producían y se producen por disputas territoriales o litigios limítrofes.

En este estudio interesan los primeros, por cuanto a que la polarización del mundo en los bloques de poder ya señalados ha tenido una gran influencia ideológica de parte del bloque socialista en los conflictos a nivel nacional o interno de los propios Estados, especialmente en los países del Tercer Mundo (de Asia y África fundamentalmente y en algunas áreas de América Latina) que fueron colonizados por potencias europeas. Tempranamente, desde el siglo XV, se formaron y aparecieron las primeras formaciones coloniales después de una conquista violenta y un proceso de aniquilación cultural que significó la colonización.

A través de un largo y complejo proceso de acumulación capitalista y la revolución industrial se inicia la expansión capitalista de Europa por ultramar en función de los Estados Nacionales que se habían formado en las postrimerías de la Edad Media. En orden de importancia y antigüedad, Portugal, España, (que fueron los primeros colonizadores de América Latina) Francia, los Países Bajos (Holanda) e Inglaterra. La competencia entre estas naciones en un comienzo resultó ser estimulante para el proceso mismo de la expansión; pero no tardó mucho tiempo en aparecer el antagonismo y rivalidades, sobre todo entre España y Portugal; éstos se vieron contenidos y absorbidos por las otras potencias colonialistas que quedaban en pie y en ascenso, principalmente Inglaterra, Francia y Holanda (Benz y Graml, 1991).

A partir de la segunda mitad del siglo XIX las antiguas bases coloniales y comerciales establecidas constituyeron el punto de partida para el sistema imperialista mundial, que no surgió abruptamente sino que en etapas que tardó varios siglos. La colonización de América del Sur, Centro y el Caribe se llevó a cabo en el siglo XVI. América del Norte e Indonesia en el siglo XVII. La India en el siglo XVIII y XIX, África y la mayoría del Asia sur oriental que hasta entonces había permanecido fuera del reparto colonial, sobre todo Birmania e Indochina, hasta el final del siglo XIX. Conservaron, entre tanto su independencia Japón y Siam (hoy Tailandia), Afganistán, Etiopía y China. Antes de 1900 Japón también se perfilaba como potencia imperialista ya que había alcanzado una modernización a través de una industrialización. Otro tanto venía ocurriendo con los EE. UU. de Norte América, que a principios de siglo se perfilaba ya como potencia imperialista e intervencionista. Italia también en un momento, dado en este siglo, apareció fugazmente como país imperialista al someter violentamente a Etiopía en 1936 (Benz y Graml, 1991).

En el siglo XIX, Inglaterra había alcanzado el rango de líder mundial como potencia colonialista e imperialista. Por el grado de desarrollo industrial logrado, en su época fue considerada como el "taller del mundo", que junto con la capacidad de su flota de guerra, conquistó y colonizó (pero no dominó) vastos territorios en África y Asia habiendo sido su núcleo colonial más importante la conquista de la India en 1856- 1858; colonización y ocupación del territorio Indio que se mantuvo hasta 1947. Al mismo tiempo que Inglaterra conquistaba la India, Francia hacía lo mismo con Indochina, (hoy Vietnam), dominio que mantuvo hasta 1954.

A mediados del siglo XIX se perfilaban cuatro nuevos estados nacionales con aspiraciones a participar en el reparto del botín colonial del mundo: Italia (1859-1861) había alcanzado su unidad y desarrollo industrial, Alemania (1881) con la formación del Reich Alemán bajo el Emperador Guillermo I. Ambos estados habían alcanzado un grado de desarrollo industrial y su economía se encontraba en expansión nacionales que habían entrado en el escenario del reparto colonial eran en el otro extremo, los EE. UU. y Japón.

"Estos cuatro estados nacionales se unieron antes o después a la expansión ultramarina y exigieron su parte en el reparto colonial del mundo. Su dinámica originó en gran parte las tensiones que dieron lugar a la primera guerra mundial y un cuarto de siglo después a la segunda" (Benz y Graml, pág. 24, 1991).

Las guerras mundiales han surgido del contexto de la dinámica que adquieren las

aspiraciones de los estados nacionales por alcanzar una posición relevante en el reparto colonial del mundo. Casualmente la II Guerra Mundial encontró unidos a Alemania, Italia y Japón que aspiraban y reclamaban una posición dentro de las naciones imperialistas.

Una de las consecuencias inmediatas que los conflictos internacionales tienen, es la proyección e influencia (o ingerencia) directa e inmediata sobre los conflictos políticos-sociales y económicos a nivel nacional o interno de los Estados. La guerra fría y la polarización del mundo en dos bloques de poder y sus respectivas zonas de influencia, abrió los espacios para la intervención directa o indirecta en los asuntos internos en los países en las respectivas zonas de influencia.

La lista de intervenciones en los conflictos internos de los países por los bloques de poder es bastante larga; se citarán aquí los más relevantes, por su ulterior trascendencia. Así por ejemplo, en el área de influencia del campo socialista se puede citar la intervención armada de la Unión soviética en el año 1956 en Hungría para sofocar un levantamiento popular interno; luego la intervención y represión violenta de los movimientos reivindicatorios de los trabajadores portuarios polacos en el año 1970; la intervención armada contra el movimiento llamado "primavera de Praga" en Checoslovaquia (1968); la intervención armada y ocupación de Afganistán (1979- 1980) (Benz y Graml, 1991).

Bajo las mismas orientaciones, pero en la otra área o zona de influencia en que quedó dividido el mundo después del término de la II Guerra Mundial, se tienen las intervenciones armadas de los EE. UU. de Norte América en todo el planeta, invasiones, ocupaciones derrocamiento de gobiernos, en nombre de la defensa de la democracia y de los propios intereses de los EE. UU. y del mundo occidental (control de los recursos naturales y manutención del sistema político que sustentan) y que se encuentran implícitos en la "doctrina de la seguridad nacional". Invocando esta doctrina han intervenido, intervienen y continúan interviniendo en los asuntos internos de los países adscritos a su órbita (en muchas ocasiones con flagrante violación a la soberanía nacional) para imponer gobiernos que resguarden sus intereses y aseguren la continuidad del sistema político que sustentan, quitando gobiernos que no les son favorables, e impidiendo el ascenso de los que podrían en peligro al "establishment". (Comblin, 1978).

Las más sobresalientes de las intervenciones armadas registradas en la agenda mundial por su ulterior trascendencia histórica son: la de Irán (1953), por medio del cual se restituyó la monarquía (se restituyó al Sha de Irán después de un golpe de estado, y que

posteriormente en 1979 fue obligado a salir al exilio y nuevamente se intentó restituirlo mediante operaciones secretas y la desestabilización del país); la intervención armada en el Líbano (1957-1958); la intervención armada en Vietnam (1959-1975); la invasión de la República Dominicana (1964); la intervención en el golpe militar en Chile (1973); la intervención en Campuchea (1970); la intervención en Laos (1960-1973) (Benz y Granil, 1991; Wise, 1982). A esta lista de intervenciones se deben agregar las de los años más recientes, la de Granada en el Caribe (1983) y la invasión a Panamá (1989).

Estas son algunas de las intervenciones más conocidas a nivel mundial en una secuencia de una larga lista que se extiende a través de toda la historia del presente siglo y que han afectado principalmente al continente latinoamericano. A partir del término de la II Guerra Mundial y con la creación de la Agencia Central de Inteligencia (CIA) de los EE. UU., las intervenciones adquirieron otro carácter. Aunque los objetivos son siempre los mismos, los métodos operativos han cambiado, recurriendo a nuevos métodos basados en las operaciones secretas y operaciones encubiertas que van desde el control de la información, dosificación de la desinformación, propagación de noticias falsas, intento de modificación de resultados electorales, soborno para la obtención de información, infiltración en organizaciones sindicales y estudiantiles, subvenciones a medios de información identificados con su ideología, subvención a partidos políticos que concuerden con sus objetivos, entrenamiento de guerrillas extranjeras (entrenamiento de contra insurgencia) en territorio de los EE. UU., invasión con fuerzas mercenarias y paramilitares, derrocamiento de gobiernos considerados como hostiles a los intereses del Mundo Occidental, entrenamiento y financiamiento de un ejército secreto para pelear en una guerra secreta. Todo este conjunto de acciones conlleva a un solo objetivo: manipular y controlar las políticas internas de otros países por medio de la acción secreta y encubierta de tal manera que puedan ser negadas y de hecho han sido siempre negadas, por una sucesión de presidentes de los EE. UU. (Wise, 1982).

Dentro del marco que determinan las causas que generan los conflictos nacionales o a nivel interno de los propios Estados, fundamentalmente se pueden distinguir tres variantes que inducen a los conflictos internos.

A) Las minorías oprimidas que reclaman una mayor participación mediante la obtención o conquista de espacios políticos donde tengan oportunidad para integrar codeterminación política tendiente a mejorar su propia condición de minorías discriminadas. Estas aspiraciones traen consigo roces y las minorías entran en conflictos con la mayoría dominante (o mejor dicho con la clase política dominante). En estas condiciones se originan tensiones con irrupciones de violencia, a veces indiscriminada e

incontrolable (un ejemplo es la violencia desatada en los sucesos de abril de 1992 en los Angeles, California); el conflicto armado en Irlanda del Norte, el conflicto en el Líbano entre árabes e israelíes (Benz y Graml, 1991).

B) Los conflictos que se generan al interior de las crisis económicas en la que muy amplios sectores de la población (mayorías) se encuentran marginados y sin acceso a un nivel mínimo de subsistencia, caracterizado por la persistencia de niveles de pobreza. La frustración provocada por la no satisfacción de las demandas ha conducido a la formación de movimientos opositores que consideran tener un proyecto más justo al del orden existente (Aguayo, 1985). Como la clase dominante (gobernante) no está dispuesta de ninguna manera a entregar el poder y perder sus privilegios por medios pacíficos (como las elecciones), surge como respuesta para los que piden cambios, la represión. De esta forma, se generan los movimientos de "insurgencia" y su contra parte la "contra insurgencia", que ha emergido en muchas áreas de América Latina, Asia y África.

C) Los conflictos que se generan en el contexto de los movimientos de Liberación y Descolonización contra las potencias colonialistas europeas y que en la mayoría ha conducido a largas y costosas guerras civiles entre las partes involucradas. Por un lado las potencias colonialistas y sus aliados internos formada por los grupos económicos que prosperaron a la sombra del colonialismo extranjero y las fuerzas de la liberación nacional que lucharon (y luchan todavía) por la independencia y liberación de la tutela colonial.

Los principales movimientos de Liberación Nacional y Descolonización fueron: la Guerra de Indochina (1948-1954); la Guerra de Argelia (1954-1962); la Guerra de Vietnam (1959-1975); La Guerra de Kenia (1952-1956); la Guerra de Guinea Bissau (1959-1974); la Guerra de Mozambique (1962-1974); la Guerra del Sahara Occidental (1975....) (Benz y Graml, 1991). Todos estos conflictos y guerras de liberación y descolonización se han encontrado enmarcadas en el conflicto Este-Oeste es decir en la Guerra Fría que ya también ha llegado a su término con la caída del Muro de Berlín (1989), la Desintegración de la Unión Soviética (1991) y paralelamente el desmoronamiento del bloque socialista.

Dentro del espectro que contiene las causas se encuentran implícitas las crisis económicas y las crisis políticas cuya resultante son los conflictos que activan como disparadores de los movimientos migratorios. De acuerdo con el espectro de causas que provocan los desplazamientos humanos se pueden situar en un "continuum" que va de refugiado, expulsado, desplazado, ilegal (o indocumentado). Todos pertenecen a una sola

categoría: "inmigrantes".

Tempranamente, en el estudio e investigación de la migración, en la comunidad internacional, se ha establecido (o se ha escogido) apriorísticamente una dicotomización en la categorización de los inmigrantes. Por un lado, se sitúan los inmigrantes que han debido abandonar o abandonan forzosamente su lugar de residencia habitual por razones políticas (religiosas, o étnico-culturales) constituyendo una categoría que se ha denominado "refugiado político" y que cuenta con el respaldo y reconocimiento de un estatus jurídico otorgado por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR). Por otro lado, se encuentran los inmigrantes que no poseen el estatus de refugiado y que son considerados refugiados económicos (Castillo, 1989).

A la luz de las causas que han mediatizado y continúan mediatizando los flujos migratorios, esta categorización resulta insuficiente y no concuerda con la realidad, por cuanto los flujos migratorios se encuentran directamente vinculados a las crisis económicas que afectan a los países en vías de desarrollo, que por lo insostenible que se torna la situación interna, el propio país se transforma en un expulsor de sus propios ciudadanos. Luego la inmigración económica es también una migración de carácter forzado.

Las crisis económicas y los conflictos políticos en los países en vías de desarrollo (que son expulsores de sus ciudadanos y proporcionadores de mano de obra barata para los países desarrollados) constituyen una unidad indisoluble que inexorablemente conduce a la polarización de la sociedad de donde surgen los conflictos y las luchas armadas que han caracterizado la situación socio política del tercer mundo en las últimas décadas, y que ha sido la generadora de los grandes desplazamientos humanos en las últimas décadas.

1.4 CONCEPTO DE REFUGIADO

El exilio es el lugar geográfico donde el refugiado encuentra protección y seguridad. Históricamente el exilio como fenómeno represivo ha estado presente a través de toda la historia del desarrollo humano. Edipo, rey de Tebas, solicita asilo a Tesco, rey de Atenas después de haber librado a Tebas de la opresión de la Esfinge (ACNUR, 1992).

Puede decirse que el fenómeno de los refugiados y desplazados del presente

siglo, se inició en 1912 con la guerra de los Balcanes; luego, asumiendo proporciones alarmantes la revolución rusa, y el fracaso de la contra revolución, a lo que deben sumarse los refugiados y desplazados de la I Guerra Mundial que dejó un saldo de 6 millones de personas fuera de su lugar de origen (Jones, 1977).

En aquella época, la asistencia y protección estaba a cargo de organismos humanitarios como la Liga de las Naciones de la Cruz Roja. La Liga de las Naciones fue fundada en 1919, pero en aquella época no se tenía verdadera conciencia ni se estimaban las proporciones del problema de los refugiados y desplazados, como tampoco se instituyó algún mecanismo para asumir o afrontar el fenómeno. Es sólo a partir de 1921, después de una conferencia internacional convocada por organizaciones humanitarias, que la Sociedad de las Naciones decidió nombrar un Alto Comisionado para Refugiados y Desplazados para que asumiera la asistencia y protección de los refugiados, que en aquellas épocas sumaban varios millones y causaban serios problemas dentro de los estados que los hospedaban.

Se habían instalado varias oficinas con representantes de la Liga de las Naciones del Alto Comisionado para Refugiados. La oficina de Alemania debió ser trasladada a Londres durante el período de la Alemania Nazi por cuanto allí se había intensificado la persecución política y racial (especialmente de los judíos y los no arios) (ACNUR, 1992).

A raíz de los problemas surgidos al término de la II Guerra Mundial en torno al caso de los refugiados y desplazados, que fueron consecuencias directa del conflicto Este-Oeste, surgieron nuevas fronteras geopolíticas e ideológicas en los términos de los acuerdos de Yalta y Posdam de 1945 (Benz y Graml, 1991). Al mismo tiempo, el proceso de Descolonización y Liberación de los países colonizados por las potencias europeas en Asia, Africa, y Oriente medio había alcanzado una dinámica irreversible: las guerras de liberación había dejado un enorme número de refugiados y desplazados que también alcanzaban las puertas de Europa.

Las nuevas fronteras ideológicas y geopolíticas surgidas al término de la II Guerra Mundial y el contexto de la Guerra Fría dividieron por un lado, y separaron por otro, a Europa en Este y Oeste y, desde el momento mismo en que se establecieron las nuevas fronteras ideológicas, se inició un flujo migratorio categorizado como "refugiados político". Este se mantuvo a lo largo del tiempo que duró la guerra fría (manteniéndose hasta hoy día aún cuando desaparecieron las fronteras ideológicas y la guerra fría y el

conflicto Este-Oeste).

Estos flujos migratorios estaban constituidos principalmente por ciudadanos de los países de Europa del Este y fueron concentrados en campos creados para este objetivo (Campos de concentración para personas desplazadas), situados en Italia y Austria, esperando allí su salida para ser reasentados en terceros países que los acogieran.

Cuando el problema de los refugiados y desplazados (especialmente provenientes de los países de Europa oriental) en los campos de concentración había alcanzado dimensiones desproporcionadas e inusuales, en cuanto a número y a los problemas que se habían generado en el individuo en lo que se refiere a su equilibrio físico y psíquico, que había mostrado un deterioro debido al hacinamiento, al ocio, a larga espera, a la incertidumbre e inseguridad del futuro, etc., ante esta situación real, las Naciones Unidas se abocaron a la creación de un organismo que asumiera el problema de los refugiados y los desplazados, creándose el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados. Decisión adoptada por voto de la Asamblea General el 14 de diciembre de 1950, que abrió sus puertas en Ginebra el 1 enero de 1951, (ACNUR, 1992).

El documento que dió vida legal al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR) es el Mandato para los refugiados, para el cual este organismo recibe una instrucción expresa de la Asamblea General; proporcionar a los refugiados "protección internacional...y buscar soluciones permanentes...ayudando a los gobiernos y... a las organizaciones privadas a facilitar la repatriación voluntaria de los refugiados o a su asimilación a las comunidades nacionales". (ACNUR, 1991).

El Estatuto de refugiados fue producto de una Convención Internacional relativa a la protección de los refugiados. El Estatuto entró en vigencia a mediados de 1951, estableciéndose también el período de duración del Mandato del Alto Comisionado en 5 años.

De acuerdo con la convención de 1951 (Convención de Ginebra) y el Protocolo de 1967 sobre el Estatuto de Refugiados el término de "refugiado" se aplica a toda persona que "debido a fundados temores de ser perseguido por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país..."(ACNUR. pag. 112, 1991).

Según esta clásica definición de "refugiado" para ser considerado como tal se requiere tener un "temor bien fundado" de ser perseguido por razón de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un grupo social u opiniones políticas. Debe encontrarse fuera de su país y no poder o querer valerse de la protección de su país de origen o, en caso de tratarse de un apátrida, del país de residencia habitual" (ACNUR, pag. 120, 1991).

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR) tiene como misión proteger a los refugiados, encontrar para ellos soluciones duraderas y durante este lapso proporcionarles su asistencia.

En lo que se refiere a la protección, ésta consiste en que los refugiados sean tratados de acuerdo a las normas internacionales (que se les otorgue asilo, que tengan acceso a los procedimientos de elegibilidad, que no se les expulse a países donde sus vidas correrían peligro).

En cuanto a las soluciones que el ACNUR tiene para los refugiados éstas son de tres tipos: la repatriación libremente consentida o voluntaria, que se aplica tan sólo cuando las causas del exilio han desaparecido o han sido modificadas a tal punto que ya no representaría peligro para el refugiado. La segunda opción de las soluciones es la integración al país de asilo y consiste (mientras no sea posible la repatriación) en asistir a los gobiernos que han concedido asilo con programas que permitan a los refugiados integrarse y ser autosuficientes. La tercera opción es la reinstalación y se aplica cuando un refugiado no puede permanecer en el primer país de asilo. Esta solución es posible sólo para un número limitado de refugiados.

En cuanto a la asistencia, ACNUR administra fondos que recibe de donaciones tanto públicas como privadas destinada a solucionar las necesidades de asistencia a corto plazo como alimentación, vivienda, salud, educación, formación profesional, ayuda a la integración, a la repatriación (ACNUR, Sección Información, 1991).

La definición de refugiado adscrita al Estatuto del Protocolo de Ginebra y el Protocolo de 1967, aunque ha funcionado durante largo tiempo, no ha cubierto todo el espectro de circunstancias que pueden concurrir en la situación de refugio y asilo. El cuestionamiento surge por un lado, de la propia definición de refugiado, en lo que se

refiere al "temor bien fundado". ¿Quién lo define?. ¿Cómo se evalúa?. A nivel internacional, es el propio ACNUR que define la situación de refugio. Así, resulta que los países signatarios del protocolo de la Convención de Ginebra, a través del Asilo Diplomático en las respectivas sedes diplomáticas cumplen con el mandato de la Convención de Ginebra de dar protección y Asilo Diplomático cuando se presenta el caso (basado en el "temor bien fundado").

A nivel de los propios Estados, cuando los solicitante de asilo llegan a las fronteras o se confrontan con las autoridades de inmigración, son los organismos y autoridades competentes en las que se ha delegado la facultad de decidir sobre la situación de permanencia en el país. En este sentido no ha existido, ni existe, un criterio uniforme entre los diferentes Estados para calificar la situación de refugiado y del asilo.

Se han presentado situaciones muy problemáticas en la petición de asilo por razones políticas, cuando se trata de una petición masiva provocada por una situación de conflicto generalizada que provoca flujos masivos de migración. Tal es el caso del levantamiento de 1956 en Hungría que provocó un desplazamiento humano de 200 mil ciudadanos que huyeron, de los cuales 180 mil buscaron refugio en Austria y 20 mil en Yugoslavia. A esto debe agregarse los miles de desplazados de los conflictos y las guerras de liberación y descolonización en Africa, Asia y Oriente medio y la lucha por mantener el statu-quo vigente de discriminación. (ACNUR, 1991).

Después del término de la II Guerra Mundial, la esperanza de una paz duradera muy pronto quedó desvanecida, por cuanto desde el término mismo de la II Guerra continuaron los conflictos armados tanto a nivel internacional como a nivel nacional o interno de los propios Estados. Desde entonces (1945), más de 130 conflictos se han sucedido en todo el mundo, aumentando ostensiblemente el número de refugiados y desplazados en el mundo. (Benz y Graml, 1991).

El más afectado por la cantidad de conflictos que se han sucedido y continúan sucediendo es el continente africano, existiendo un estado permanente de violencia, guerras inter- étnicas, guerras de liberación, invasiones, ocupaciones, conflictos provocados también por la degradación ambiental, etc. A raíz de este estado permanente de violencia, agitación y los consiguientes desplazamientos humanos, la Organización de la Unidad de Países Africanos reunida en su convención en Addis Abeba bajo el patrocinio del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (1969), se

analizó la situación de los refugiados africanos y se revisó el concepto de refugiado.

De la Convención de la Organización de Países Africanos, se obtuvo como resultado y conclusión, una ampliación de la definición de refugiado a la adscrita al Protocolo de la Convención de Ginebra de 1951 y al Protocolo de 1967. Ahora se considera como refugiado a "toda persona que, a causa de agresión interna, ocupación, dominio extranjero, o grave perturbación del orden público en toda o en parte del país de origen o de ciudadanía, se ve obligado a abandonar la propia residencia habitual para buscar refugio en otro lugar fuera de su país de origen o de ciudadanía" (Mousalli, 1982).

Esta definición no contradice los términos de la Convención de Ginebra de 1951, sino que la ha ampliado en el sentido de que el término refugiado se aplica no solamente a quien hubiera padecido o temiera persecuciones ("temor bien fundado"), sino también a quien tiene que abandonar el propio país "debido a causas externas, ocupación, dominio extranjero o graves desórdenes del orden público en todo o en una parte del país de origen" (Mousalli, 1982).

En este mismo contexto se encuentra el Coloquio de Cartagena de Indias celebrado en Colombia (1984), auspiciado también por el alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados, con presencia de juristas internacionales y representantes de países latinoamericanos, donde se analizó la acción represiva de los gobiernos autoritarios y dictaduras militares en las décadas del 70 y 80. Esto dió origen a un enorme desplazamiento humano forzado por todo el mundo y de donde sobresale el éxodo del cono Sur en el período de las dictaduras militares (Argentina, Chile, Uruguay, Paraguay). A estas acciones de gobiernos autoritarios y represivos deben sumarse la acción represiva de gobiernos civiles contra la "insurgencia" (Colombia, Perú, Guatemala), especialmente los conflictos centroamericanos que también han provocado un verdadero éxodo hacia el Norte, fundamentalmente EE. UU. y Canadá siendo México un corredor de tránsito hacia el Norte en el cual muchos, por razones estratégicas, permanecen en el país en forma temporal o transitoria; temporalidad que para muchos, con el tiempo se va a transformar en residencia permanente.

La necesidad de modificar el concepto de refugiado y el propio marco jurídico de la protección, era necesidad largamente sentida en el ámbito de los refugiados, por cuanto el concepto tradicional definido en los términos de la Convención de Ginebra de 1951 y ratificada por el Protocolo de 1967, ya no cubría todo el espectro de circunstancias que el fenómeno de los refugiados puede originar, especialmente cuando

se llega a la masificación de la petición de asilo. A esta conclusión había llegado también la Asamblea General de las Naciones Unidas (Pérez, 1991).

El Coloquio de Cartagena significó un avance en la conceptualización del refugio, por cuanto del Coloquio mismo surgió un consenso entre los representantes de América Latina, de llegar a una ampliación del concepto de refugiado, pues el tradicional concepto de la Convención de Ginebra de 1951, ya no cumplía su función frente a la masificación del fenómeno de refugiados que se venía presentando en todas las latitudes del mundo y en particular, en el ámbito de América Latina.

El Coloquio de Cartagena reformuló el concepto de refugiado ampliando la definición y el marco jurídico, de tal manera que el espectro de protección cubre un mayor número de circunstancias. Especialmente, el concepto se adecúa a la nueva situación socio política de América Latina, especialmente en el área de Centroamérica.

El consenso logrado en el Coloquio de Cartagena llevó a los representantes de América Latina a adoptar la siguiente resolución: "En vista de la afluencia masiva de refugiados se hace necesario encarar la extensión del concepto de refugiado", por lo que "la definición o concepto de refugiado recomendable para su utilización en la región podría ser aquella que además de contener los elementos de la Convención de 1951 y el Protocolo de 1967, considere también como refugiados a las personas que han huido de sus países porque su vida, seguridad o libertad han sido amenazadas por la violencia generalizada, la agresión, ocupación o dominación extranjera: los conflictos internos, la violación masiva de los derechos humanos u otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público" (Pérez, pag. 51, 1992). Lo enunciado corresponde a la Declaración de Cartagena. Acta del Coloquio sobre Protección Internacional de los Refugiados de América Central, México y Panamá: Problemas Jurídicos y Humanitarios, Cartagena, Colombia, noviembre, 1984.

México, formó parte en esta Declaración y ha mantenido fiel observancia y cumplimiento a ella, puesto que adoptó la definición de refugiado y la ha incluido en las actuales modificaciones a la Ley General de Población, en donde México por primera vez reconoce jurídicamente la figura del refugiado (Castillo, 1990).

Esta nueva conceptualización del refugio asumida en el Coloquio de Cartagena responde al carácter masivo que ha caracterizado en las últimas décadas el

fenómeno de los refugiados y desplazados por cuanto abarca un espectro más amplio de circunstancias que concurren en la situación de los que solicitan protección mediante el refugio o asilo, en la que sobresalen los nuevos aspectos: la violación de los derechos humanos u otras circunstancias que hayan alterado gravemente el orden público (ACNUR, 1991).

Estos aspectos consignados en la definición de la Declaración de Cartagena, han caracterizado el desarrollo socio político y económico de América Latina en las últimas décadas del presente siglo, donde se han registrado y continúan registrando violaciones de los derechos humanos y que por su carácter masivo asume una caracterización especial en algunas áreas del continente como Colombia, Guatemala, El Salvador, Honduras, Panamá (Amnistía Internacional, Reporte, 1991). En lo que respecta a "u otras circunstancias", debe agregarse las invasiones a Granada (1983) y a Panamá (1989), ambas realizadas por las fuerzas armadas de los EE. UU.

En la reunión organizada por la Academia Mexicana de Derechos Humanos en el Foro de Reflexión sobre los Refugiados Guatemaltecos en México, celebrada en San Cristóbal de las Casas (1990), se propuso una definición más amplia y generalizada del término "refugiado", definiéndose en los siguientes términos: "refugiado es una persona que debe ser considerada como víctima de la violencia generalizada de su país, que debe huir de su país para salvar su vida" (Stavenhagen, 1990). Esta definición se ajusta al marco de la realidad socio política y económica en que se encuentra América Latina y que a la vez se encuentra inserta en la situación de crisis profunda y sostenida del continente y que ha sido causa directa y continua siendo, del éxodo centroamericano sin precedente en la historia del continente desde comienzos de la década del 80 (Aguayo, 1985), fundamentalmente de El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Honduras.

1.5 ASILO, REFUGIO Y PROTECCION

El término "asilo", viene del griego y está compuesto por la partícula privativa "a" y del verbo "asylao" que significa "capturar, violentar, devastar" que etimológicamente significa sin capturar, sin violencia, sin devastar" (ACNUR, 1991).

Desde siempre, en la historia del desarrollo humano, el problema de los refugiados, el asilo y la protección ha estado presente como fenómeno, se ha repetido y continuará repitiéndose como efecto de las invasiones, guerras, ocupaciones territoriales,

usurpaciones, conquistas, conflictos internos dentro de los propios Estados, donde siempre subyacen o están latentes las diferencias y la intolerancia entre los diferentes grupos que componen el Estado.

"A el Estado corresponde la organización y unidad político-jurídica de la sociedad y que en consecuencia puede también corresponder a una Nación; y se habla de Nación cuando se hace referencia a una comunidad ligada por factores histórico-culturales e interpersonales de raza, historia, religión, cultura, idioma, no necesariamente contenidos en el Estado. De hecho, una buena parte de los Estados Modernos son creaciones artificiales en el sentido que son productos de coyunturas históricas, como invasiones, conquistas de territorios, etc., u otros medios como acuerdos arbitrarios (impuestos) que han dividido comunidades y que, sin embargo mantienen su identidad ajena a las fronteras políticas" (ACNUR, 1991).

"Cuando la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas estableció, en su artículo 14, que en caso de persecución toda persona tiene derecho a buscar asilo y a disfrutar de él, en cualquier país, recogió una larga tradición que, con raíces religiosas, permitía a los perseguidos a escapar de la vindicta privada. En los pueblos del Mediterráneo se había iniciado esta práctica que impedía completar el talión aceptando que el perseguido salvara su vida. Las tragedias griegas hablan del perdón en los templos de los dioses y en el Deuteronomio se señala la obligación de fundar tres ciudades de refugio para asilo de los homicidas involuntarios". (Mosquera, pág. 71-72, 1991). Antiguamente existían zonas de asilo como sacras e inviolables y cuyos terrenos se consideraban como fronteras de seguridad para los asilados en los cuales no se podía ejercer la persecución. En el transcurso de la Edad Media, los santuarios, los templos, así como también las sedes de las órdenes de caballería se consideran como lugares de asilo y protección.

La tradición de asilo se ha mantenido a través del tiempo y ha constituido un derecho y desde el siglo XVII cuando el Emperador Carlos V proclamó la sede de las embajadas, las residencias de los embajadores como lugares de asilo y protección, por lo tanto también inviolables. El tratado de Westfalia (1648), reconoce este derecho y privilegio. En los tiempos modernos la inviolabilidad de las sedes diplomáticas está regida por la Convención de Viena. Sin embargo, este derecho ha sido violado en diversas ocasiones: la Embajada de España en Guatemala en 1980 (Pérez, 1991) y debe agregarse la representación del Vaticano en Panamá en 1989.

Es ampliamente conocida y reconocida la labor que ha realizado el Alto

Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados en el mundo. Durante los primeros años que siguieron a su creación, la atención y protección a refugiados no estuvo centrada en los refugiados de América Latina. Esta estaba a cargo de los propios países del continente sustentada en tratados de asilo suscritos entre los países del continente, arraigada en la tradición de asilo, que resulta ser tan antigua como la existencia misma de los países como estados políticamente independientes (Santistevan, 1992).

De acuerdo con lo que los tratadistas han señalado, el asilo se clasifica en nacional e internacional. En el primer caso el asilo se otorga dentro del propio territorio donde han ocurrido los hechos que determinan la protección de un grupo y para tal objeto se crean y se delimitan zonas o áreas donde se concentran los individuos que necesitan protección. Es el caso de las zonas creadas en Nicaragua con motivo de los Acuerdos de Paz y la Desmovilización del ejército de la Contra en abril de 1990 (Mosquera, 1991). Con respecto al asilo internacional, se trata de la protección de un ciudadano de un Estado que es amparado y protegido por otro Estado. Este asilo internacional se presenta bajo dos variantes: Cuando el solicitante lo hace directamente en una Embajada (y existen razones de temor bien fundado de...) y se le concede, se le conoce como "asilo diplomático"; si la petición se hace fuera del territorio del solicitante y si se le concede, se conoce como "asilo territorial" (Mosquera, 1991). Al Asilo Territorial, Walda Barrios, lo define en los siguientes términos: "El asilo territorial constituye un privilegio del individuo para guarecerse en un país extranjero y del cual no puede ser extraditado sino en casos justificados". (Mosquera, 1991).

En lo que se refiere a la política de asilo y protección de México, se puede afirmar que el Estado Mexicano, aunque no siendo signatario de la Convención de Ginebra ni del Protocolo de 1967, ha mantenido a través de la historia, una conocida tradición de asilo y protección a los perseguidos por sus posiciones políticas en el mundo y que le ha dado prestigio y reconocimiento internacional en este aspecto de la política exterior. En este contexto se puede señalar el conocido y sonado caso de asilo y protección que México le dispensó al líder político León Trotsky en 1937, a quien, países como Suecia, Dinamarca, Noruega, Francia le habían negado este derecho (Pérez, 1992). En este mismo contexto, México ha mantenido a través del tiempo esta tradición del respeto al derecho de asilo y protección. Al caso mencionado deben agregarse los casos de asilo masivo como el de los refugiados españoles republicanos que huyeron de la persecución del régimen instaurado por el General Franco (1939-1975); luego le siguen en orden cronológico, la desestabilización de los regímenes progresistas y de avanzada social de Arbenz en Guatemala (1952-1954), y que a su caída y sustitución por la dictadura militar del Coronel Castillo Armas, dejó un saldo de 318 ciudadanos que recibieron asilo y protección diplomática. Desde ese mismo instante, el flujo migratorio

de refugiados guatemaltecos a México se ha mantenido en forma permanente e intermitente, intensificándose en la década del 80. Luego, en 1973, una nueva desestabilización del régimen del presidente Allende en Chile dejó a su caída también un enorme flujo de refugiados políticos por todo el mundo, del cual México aportó con una gran cuota de asilados.

El asilo en México se encuentra regulado en las disposiciones que para tal objeto se encuentran contenidas en la Ley General de Población. Al respecto, el artículo 42, Fracción V, establece las características del no inmigrante y estableciendo el de "asilado político". Para proteger su libertad o su vida de persecuciones políticas en su país de origen, autorizado por el tiempo que la Secretaría de Gobernación juzgue conveniente, atendiendo a las circunstancias que en cada caso concurren. Si el asilado político viola las leyes nacionales, sin perjuicio de las sanciones que por ello le sean aplicables, perderá su característica migratoria, y la misma Secretaría le podrá otorgar la calidad que juzgue conveniente para continuar su legal estancia en el país. Asimismo, si el asilado político se ausenta del país, perderá todo derecho a regresar en esa calidad migratoria, salvo que haya salido con permiso de la propia dependencia" (Mosquera, 1991).

A raíz de la masificación del problema de los refugiados provocada por los nuevos lineamientos doctrinales políticos y económicos, se intensificó la represión política, la violación a los derechos humanos y con ello se agudizó el problema de los refugiados, desplazados, expulsados, e indocumentados. Las necesidades de protección a los refugiados surgidas especialmente en mesoamérica llevó a la creación y apertura del Bureau del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados en la ciudad de México en 1982, con el objeto de dar protección a los refugiados y cumplir con el mandato del Alto Comisionado otorgado por la Asamblea General de las Naciones Unidas. El 17 de julio de 1990, quedó por primera vez incorporada la figura del Refugiado a la Ley General de Población como una nueva calidad migratoria en la que se recoge la definición emanada del Coloquio de Cartagena (pag. 18) del cual México fue signatario.

En la nueva Ley General de Población, además de la protección al refugiado se establece también el principio de "no devolución" ("non refoulement"). Es decir, el principio de que ninguna persona que haya asumido la calidad de refugiado podrá ser devuelta a su país de origen o enviado a otro en que la seguridad, su vida o su libertad pudieran verse amenazadas. "En el supuesto de que el ejecutivo de la Unión estimase necesario hacer uso de la facultad exclusiva que le otorga el artículo 33 constitucional (de expulsar a cualquier extranjero que éste considere indeseable para el país sin juicio previo) el refugiado no podrá ser devuelto a su país de origen". (Castilla, 1990).

1.6 PROBLEMATICA DE LA MIGRACION EN AMERICA LATINA

El problema de los flujos migratorios y desplazamientos humanos en América Latina, han estado siempre ligados al problema del desarrollo económico y social de los países, y este a su vez se encuentra vinculado estrechamente a las corrientes y modelos de desarrollo económico inserto en la ideología y doctrinas económicas dominantes. Las migraciones se producen en el contexto de las crisis económicas y los conflictos que de ellas mismas devienen (conflictos sociales y conflictos políticos). En América Latina, el problema de la migración ha estado siempre presente en la historia del desarrollo del continente. Los conflictos político sociales han estado presentes en los países desde el momento mismo en que éstos alcanzaron su independencia política de la metrópoli (España) y siempre han sido el detonador de los flujos migratorios en el continente latinoamericano, y en las últimas décadas, han alcanzado cifras alarmantes frente a los cambios políticos y las nuevas directrices ideológicas insertas en el nuevo modelo de desarrollo económico propiciado por el "neoliberalismo".

Los flujos migratorios de América Latina se han caracterizado por su masividad, especialmente los ocurridos durante la década del 1970 en el Cono Sur del continente, que corresponde al período de las dictaduras militares (Chile, 1973; Argentina, 1976; Uruguay, 1972; Bolivia, 1980; Paraguay, 1954), (Quintana, 1983); y los éxodos centroamericanos, fundamentalmente de El Salvador, Guatemala, Nicaragua, y en menor grado de Honduras (Aguayo, 1985). Flujo migratorio que aún continúa, a pesar de los acuerdos de Paz que puso fin al conflicto armado entre la guerrilla y el gobierno salvadoreño (1991), y las negociaciones que se están llevando a cabo para terminar con el conflicto armado en Guatemala.

"La situación económica y social de América Latina, al inicio de la última década del presente milenio es difícil e incierta" (Moncada, pag. 1, 1992). Esta afirmación se encuentra sustentada por las cifras de los indicadores económicos y sociales dadas por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CEPAL) y en las que destacan el retroceso y los niveles de pobreza alcanzados en la región en la última década, llamada la "década perdida".

En lo que se refiere a la dimensión de la pobreza en América Latina, se puede afirmar (basada en los indicadores sociales y económicos determinados por la

CEPAL, 1991) que la pobreza en la región alcanza a 183 millones de personas, cifra que corresponde al 44% de la población total y de esta cifra, 90 millones se encuentran en situación de extrema pobreza o indigencia (CEPAL, 1991). Situación que es la levadura y el detonador de los conflictos y estallidos de la violencia social que sacude a la región: Caracas, 1989, Guatemala, 1992, Perú, 1990, 1991, 1992... Panamá, 1992.

"La línea de la pobreza según los parámetros de la CEPAL está delimitada por la capacidad que tiene el individuo con sus ingresos para financiar la canasta básica alimentaria mínima, pero no la canasta básica no alimentaria. El límite inferior de la pobreza lo constituye la indigencia. En este límite el individuo no puede financiar la canasta alimentaria mínima para la familia" (CEPAL, 1991).

Lo que ha contribuido, en alto grado, al deterioro económico de la región, ha sido la espiral de la deuda externa de los países con las instituciones financieras internacionales, que en el transcurso de la década creció en más de 100 000 millones de dólares, unido al creciente aumento de las tasas de interés, dejando estrechos márgenes de maniobrabilidad a los gobiernos, que agobiados por las presiones inflacionistas han reducido drásticamente los niveles de vida de amplios sectores de la población.

La participación de América Latina en el comercio mundial también se vio afectada durante la década perdida, rubro que, tuvo un descenso del 5,2% al 3,0% (CEPAL, 1991). El precio de los productos básicos de exportación tuvieron una caída del 30% y en términos de intercambio, América Latina remitió a los países desarrollados 160 000 millones de dólares más de lo que la Región recibió en dinero fresco en créditos (CEPAL, 1991).

En cuanto a los indicadores sociales (que resultan ser consecuencia directa o indirecta de los indicadores económicos), estos están caracterizados por la pobreza que es el resultado de los bajos salarios (explotación), el desempleo, el subempleo, la malnutrición (carencia de las calorías mínimas diarias), falta de oportunidades educacionales (Sheanan, 1987). Cada uno de estos factores contribuye a mantener la retroalimentación de la red que genera la pobreza y como consecuencia la inestabilidad social, poniendo en peligro la democracia (Excélsior, 26/07/1992), lo que contribuye en alto grado a la proliferación de el alcoholismo, la farmacodependencia y la delincuencia.

América Latina, en las décadas de 1970-79 y 1980-89, fue escenario de una

serie de cambios políticos, sociales y económicos. Por un lado, al comienzo de la década del 70 asumieron el liderazgo político del Cono sur del continente las dictaduras militares que fueron los iniciadores del nuevo catecismo económico; el "neoliberalismo" a costa de la violación masiva de los derechos humanos para romper con la estructura desarrollista de corte nacionalista y revolucionaria. Por otro lado, en centroamérica, la crisis y los conflictos político sociales y económicos (provocados por la pobreza extrema) arrastrados a través de la historia de centroamérica, dan origen a los movimientos guerrilleros armados ("la insurgencia") en Guatemala, El Salvador y el triunfo de la Revolución Sandinista en Nicaragua (1979) como también el triunfo del Movimiento Popular en Granada.

Una década más tarde se produce la derrota electoral del Movimiento Sandinista (1990), la invasión y ocupación de Granada (1983) y Panamá (1989), y lo que en lo político significó el sometimiento al nuevo orden unipolar que emergió después de la caída del Muro de Berlín (1989) y la desintegración de la Unión Soviética (1991), la caída del Bloque Socialista, lo que a su vez significó el término de la Guerra Fría y del conflicto ideológico Este-Oeste.

En lo económico, el credo del neoliberalismo se perfila como el modelo dominante en la economía mundial. Por la vía electoral quedan fuera de contexto las dictaduras militares en el Cono Sur del continente, y las nuevas democracias civiles sirven para legitimar un proceso que ya habían iniciado las dictaduras militares, con programas de reajustes orientadas a amortiguar la deuda externa al precio de un alto costo social interno, en detrimento del gasto social en la educación, la salud, la vivienda, que ha afectado y continúa afectando a grandes sectores de población, expresados en las tasas de pobreza que afectan a toda la región y con especial énfasis en el área centroamericana, a los grupos más débiles, como los niños, los ancianos, las mujeres y los grupos étnicamente discriminados (Moncada, 1992).

Con respecto al área de Centro América, se puede afirmar que, de acuerdo con los informes de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPAL) de 1991, dos de cada tres habitantes del área centroamericana viven en condiciones de pobreza. Esto es, más de 20 millones de personas, que corresponde al 68% de la población total, viven en condiciones de pobreza. De los cuales 14 millones, que corresponde al 46% viven en condiciones de pobreza extrema o indigencia, que no alcanzan con sus ingresos a cubrir las necesidades alimentarias básicas. Aproximadamente dos tercios de los pobres se encuentran asentados en el área rural, el 79% de los cuales no cubre sus necesidades básicas y el 61% viven en condiciones de extrema pobreza o

indigencia (CEPAL, Informe, 1991).

En el área urbana, estas proporciones son menores, pero ha llamado fuertemente la atención en los últimos años, el rápido incremento de la pobreza en la zona urbana: en la periferia de las grandes urbes, formando los cinturones de pobreza que han caracterizado y caracterizan el desarrollo de las últimas décadas. Las grandes ciudades constituyen polos de atracción para la inmigración interna, y alcanzan la pobreza (definida en los términos de la CEPAL) un 55% y la pobreza extrema un 29% (ver cuadro No. 1.1). Se observa además, que no sólo los niveles de pobreza son altos, sino que durante la década perdida ha habido un incremento sustancial de la misma. De los 14 millones iniciales de pobres en el comienzo de la década, se llega al final de la misma con un incremento de 7 millones más de pobres, lo que significó un aumento de 50% en la década (5.6% anual).

La pobreza en América Latina y con especial caracterización en el área de Centro América, parece ser un mal endémico de difícil curación, por cuanto que a pesar de los esfuerzos de los organismos internacionales a través de los programas dedicados a erradicar la pobreza, ésta seguirá en aumento; según las proyecciones de la CEPAL, para el final de la década habrán 5 millones de nuevos pobres (CEPAL, Informe, 1991). En lo que se refiere a los índices de pobreza en el área, se puede decir que éstos se encuentran concentrados en los países de mayor población y estos son El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. En los cuatro países, sólo la cuarta parte escapa de la pobreza. Costa Rica, en cambio se ubica en el extremo opuesto con 80% de la población en condiciones aceptables (CEPAL, Informe, pag. 11, 1991).

CUADRO 1.1
ISTMO CENTROAMERICANO: ESTIMACION DE LA MAGNITUD DE LA
POBREZA EN 1980 Y 1990.

	Total		Costa Rica		El Salvador		Guatemala		Honduras		Nicaragua		Panamá	
	1980	1990	1980	1990	1980	1990	1980	1990	1980	1990	1980	1990	1980	1990
Población	22.6	30.0	2.2	2.9	4.7	6.7	7.3	9.2	3.7	5.1	2.7	1.9	1.9	2.4
Urbana	9.4	13.6	1.0	1.6	2.1	2.9	2.5	3.9	1.2	2.2	1.5	1.6	1.0	1.4
Rural	13.2	16.4	1.2	1.3	2.6	3.8	4.8	5.3	2.5	2.9	1.2	2.3	0.8	1.0
Pobreza	13.6	20.5	0.5	0.6	3.3	4.9	4.6	6.0	2.5	3.9	1.7	2.9	1.0	1.3
Urbana	4.4	7.5	0.1	0.2	1.2	1.8	1.4	2.4	0.5	1.6	0.7	0.9	0.4	0.6
Rural	9.2	13.0	0.4	0.4	2.0	3.1	3.2	3.6	2.0	2.3	1.0	2.0	0.6	0.7
Pobreza Extrema	13.6	20.5	0.7	0.6	3.3	4.9	4.6	6.0	2.5	3.9	1.7	2.9	1.0	1.3
Urbana	2.4	3.9	0.1	0.1	0.3	0.9	0.6	1.2	0.4	1.1	0.3	0.4	0.1	0.2
Rural	6.1	10.9	0.2	0.2	1.5	2.5	1.7	3.6	1.7	2.2	0.6	1.2	0.3	0.4
PORCENTAJES														
Pobreza	60	68	25	20	64	74	67	75	68	76	62	75	54	52
Urbana	42	55	14	11	58	61	58	62	44	73	46	60	43	40
Rural	69	79	34	31	76	85	66	85	80	79	80	85	67	69
Pobreza Extrema	38	46	14	11	58	61	58	62	44	73	46	60	54	52
Urbana	26	29	7	6	45	30	23	31	31	50	22	27	24	25
Rural	46	61	19	17	55	70	36	68	70	72	50	52	39	40

Fuente: CEPAL, Satisfacción de las necesidades básicas de la población del Istmo Centroamericano (E/CEPAL/MEX/1983L. 32), noviembre de 1983. Para 1990, estimaciones de la CEPAL basadas en los datos oficiales para Costa Rica y en los resultados de las encuestas de hogares de 1989 en Guatemala, Honduras y áreas urbanas de El Salvador, recopiladas por PREALC. Las estimaciones restantes se basaron en los datos de FLACSO, para 1985, proyectadas a 1990 con arreglo a la evolución del ingreso por habitante.

El rasgo que ha caracterizado y continúa caracterizando el desarrollo socio político y económico de la Región Centroamericana durante la década, ha sido el incremento general de la pobreza en toda el área (con la excepción de Costa Rica, ver cuadro No 1.1). La pobreza constituye un factor coyuntural y estructural de expulsión como lo es la ciudad. A este factor de expulsión del campo hacia la ciudad, debe agregarse los factores de violencia e inseguridad que prevalecen en el área rural, surgida en el contexto de la lucha armada, que ha caracterizado la vida política de la Región Centroamericana. Hasta el momento, con la derrota electoral del Frente Sandinista en Nicaragua (1990), los acuerdos de Paz entre la Guerrilla Salvadoreña y el Gobierno de El Salvador, la persistencia del conflicto armado en Guatemala, la situación de la región resulta difícil e inestable por la situación de pobreza y de pobreza extrema que prevalece y que constituye una amenaza para la consolidación y funcionamiento de la democracia (Declaración de la Cumbre Iberoamericana de Madrid, Excelsior, julio, 26, 1992)

Los fenómenos migratorios, cada día más generalizados en el mundo, especialmente los flujos migratorios forzados, obedecen a un espectro muy variado de motivaciones que las vitalizan y que son específicas para cada caso en particular. Es decir, para cada región o área de población. Así por ejemplo, los flujos migratorios procedentes de África obedecen a motivos económicos, políticos y ecológicos. En tanto que los desplazamientos humanos en la Región Centroamericana obedecen a una combinación de factores de orden político y económico. Para mayor claridad conceptual, estas causas pueden clasificarse en estructurales y coyunturales, existiendo una profunda interrelación de dependencia entre ambas (Aguayo, 1985).

Los factores estructurales de la región centroamericana, corresponden al espectro de problemas que afectan y subyacen en la región entre los cuales sobresalen: el crecimiento demográfico, el desempleo, el subempleo, el florecimiento de la economía informal, falta de oportunidades educacionales y de acceso a un sistema de seguridad y protección social y de salud, erradicación de las enfermedades provocadas por el atraso social y económico, como la tuberculosis, la malaria, y el cólera, el aumento de la deuda externa y su alto costo social para los países endeudados, la inflación, el deterioro de la soberanía nacional y regional, y en las últimas décadas, entra en escena también el narcotráfico (la narco economía), que resulta ser una amenaza para el desarrollo y la estabilidad de la propia institucionalidad de los Estados. Estas causas exteriorizadas en bajos niveles de vida en amplios sectores de población, constituyen la pobreza coyuntural concentrada fundamentalmente en el área rural y en la última década con un fuerte incremento en el área urbana. La pobreza concentrada en estas áreas se transforma en polos "expulsores" de individuos desde el campo a la periferia de las grandes ciudades y de éstas a los países industrializados del Primer Mundo, fundamentalmente los EE. UU. y Canadá.

Las causas estructurales, históricamente son producto de la herencia legada por las metrópolis a sus colonias de ultra mar (España y Portugal) y que al momento en que éstas (las colonias) alcanzaron su independencia política, las metrópolis se encontraban en franca decadencia y crisis de sus economías del tipo mercantilista frente al surgimiento de la nueva economía producto de la primera revolución industrial y la acumulación capitalista de los nuevos Estados Nacionales, fundamentalmente Inglaterra y Francia que luchaban por mantener un dominio y hegemonía después de la primera revolución industrial.

Los países de América Latina alcanzaron su independencia política a lo largo del siglo XIX, se inician en la vida políticamente independiente, pero económicamente dependiente, puesto que la independencia misma había implicado compromisos económicos fuertes con Inglaterra y la economía latinoamericana pasó a funcionar en los términos regulados y controlados por el mercado inglés. En consecuencia, la independencia política alcanzada quedó comprometida. Inglaterra logró transformarse en la primera potencia mundial, liderazgo que mantuvo hasta la Primera Guerra Mundial, en la cual ya había surgido un nuevo Estado Nacional que vendría a ocupar el lugar de Inglaterra. Las relaciones de intercambio en estas relaciones nacidas dependientes con la nueva metrópoli del poder económico mundial, con los nuevos Estados de América Latina, fue una relación de dependencia e intercambio desigual, pasando a ser los países latinoamericanos satélites dependientes de la nueva Metrópoli. Las relaciones verticales creadas entre la metrópoli y los satélites convirtieron a América Latina en un proveedor de materias primas para la metrópoli y América Latina en un consumidor de productos manufacturados en la metrópoli. Estas relaciones de intercambio desigual en términos de crecimiento y desarrollo corresponden a una economía estructuralmente dependiente.

De esta forma se han generado los diferentes polos de desarrollo sobre los cuales se orientan los movimientos migratorios y desplazamientos humanos y como lo señala Aguayo: *"La matriz de la cual surgen los llamados factores estructurales es la existencia de países ricos e institucionalmente estables, y países pobres en proceso de cambio social. En muchas ocasiones los países ricos tienen interés (por consideraciones estratégicas y/o porque se benefician económicamente) en que se mantenga el orden establecido. Generalmente el interés no queda en una idea, sino que se concreta en políticas intervencionistas en los procesos internos de los países más débiles"* (Aguayo, pag. 64, 1985). En este contexto, se debe señalar que los intereses de los EE. UU. de Norte América, después de la Caída del Muro de Berlín (1989), la desintegración del Bloque Socialista y de la Unión de Repúblicas Socialista Soviéticas (1991), se extrapolan a todos los rincones del mundo y esto se encuentra inserto en la llamada Doctrina de Seguridad Nacional y en función de la misma doctrina, los EE. UU. intervienen en

cualquier región del orbe cuando siente o percibe que sus intereses se encuentran amenazados (Comblán, 1979).

El Primer Mundo contribuye en forma directa a incentivar las motivaciones que inducen los flujos migratorios a través de los medios de comunicación de masas, especialmente la T.V. que a través de la emisión de imágenes ha podido (y puede) modificar patrones de conducta e introducir nuevos hábitos de consumo y en la esperanza de un mejoramiento del nivel de vida (o calidad de vida). Esto constituye una forma de crear expectativas a través del efecto de demostración o efecto Duessenberry, que resulta ser el catalizador de los flujos migratorios de los indocumentados mexicanos hacia los EE. UU. (Aguayo, 1985). No todos los flujos migratorios y desplazamientos humanos se generan en el contexto de la revolución de las expectativas y el efecto de demostración. Los flujos migratorios centroamericanos, fundamentalmente de El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua tienen una dinámica que obedece a una combinación de factores de orden político y económico, donde el problema del crecimiento y el desarrollo económico social no han sido resueltos y prevalecen en los países mencionados altos índices de pobreza y de pobreza extrema o indigencia (ver cuadro No. 1.1) En el cuadro No. 1.2 se muestran los índices del desarrollo humano comparativo; los países del Istmo Centroamericano ocupan los últimos lugares en el continente.

CUADRO 1.2
CENTROAMERICA, INDICE DE DESARROLLO HUMANO ENTRE PAISES
SELECCIONADOS DE AMERICA.

TASA A LO LARGO DE LA VIDA DE ESPERANZA AL NACER	PAIS	INDICE DE DESARROLLO HUMANO	ESPERANZA DE VIDA AL NACER	TASA DE ALFABETISMO (%)	TASA DE ESCOLARIDAD PROMEDIO	PIB POR HABITANTE REAL (US\$) 1985-1988
DESARROLLO HUMANO ALTO						
22	BARRADOS	0.945	75.1	99.0	6.3	6020
32	URUGUAY	0.905	72.2	95.3	6.1	5790
38	CHILE	0.878	71.0	92.2	6.2	4720
39	URUGUAY - TORO	0.876	71.6	95.0	6.1	4580
40	COSTA RICA	0.875	74.9	91.8	5.6	4320
53	ARGENTINA	0.854	71.0	94.8	6.0	4360
41	VENEZUELA	0.848	70.0	89.7	5.3	5650
45	MEXICO	0.838	63.0	84.7	4.0	5320
DESARROLLO HUMANO MEDIO						
54	PANAMA	0.796	72.0	86.4	5.3	3790
64	CUBA	0.754	65.1	78.5	3.3	4620
62	CUBA	0.754	75.0	92.4	5.7	2500
67	BELICE	0.700	69.5	91.0	4.4	2600
89	REPUBLICA DOMINICANA	0.620	66.7	80.4	4.3	2420
85	NICARAGUA	0.612	64.8	78.0	3.5	2660
74	EL SALVADOR	0.524	64.4	68.8	3.4	2950
DESARROLLO HUMANO BAJO						
109	GUATEMALA	0.437	51.9	68.0	3.0	1470
107	GUATEMALA	0.436	51.4	51.4	4.0	2430
117	HONDURAS	0.418	51.5	72.5	4.0	1480
111	HAITI	0.296	55.7	47.9	1.5	970

Fuente: PNUD, Desarrollo Humano, Informe 1991. (PNUD: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo).

Por lo que respecta a la migración provocada por causas políticas, se puede afirmar que ésta se encuentra en la respuesta de violencia política ante la demanda de los

grupos opositores que en su plataforma de reivindicaciones sociales y económicas han presentado proyectos de desarrollo alternativo más justo que los del orden existente. Como la clase dirigente y los grupos que detentan el poder político y económico no están dispuestos a perder sus privilegios por medios pacíficos como son la vía electoral, la respuesta común en las áreas en conflicto ha sido la represión y liquidación del enemigo político y frente a esta respuesta de violencia, surge como único medio la oposición y lucha armada en el Istmo Centroamericano (Aguayo, 1985).

La oposición armada genéricamente denominada "guerrilla" o "insurgencia", no es nada nuevo en el continente, ha estado presente a través de la historia del continente con diferentes características y resultados (Cuba, 1959, Nicaragua, 1979). Cuando la oposición armada (sin llegar a una definición del conflicto) crece, el resultado es el aumento del conflicto social y de la violencia, lo que trae como consecuencia la destrucción parcial o el deterioro de la actividad económica cotidiana (de antemano ya deteriorada, ver cuadro No. 1.2), con una drástica reducción en la tasa de empleo, proliferación del subempleo y de la economía informal con la consiguiente explotación y baja de salarios. Por otro lado, la violencia generalizada exteriorizada por diferentes medios contribuye a generar el miedo y la inseguridad en la población civil, el temor de ser encarcelado, torturado, de perder a un familiar o pariente cercano, el miedo al desaparecimiento físico. Todo esto ha creado una nueva atmósfera que lleva al individuo a huir de la violencia generalizada buscando protección fuera de su lugar de residencia. En este sentido la violencia política es un nuevo factor que ha venido a contribuir a la "expulsión" masiva de ciudadanos y que constituyen el éxodo centroamericano llegado a México durante la década del 80.

A pesar de los acuerdos de paz entre la Guerrilla Salvadoreña y el Gobierno de El Salvador, las negociaciones de paz entre el Gobierno de Guatemala y el Movimiento de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca, los flujos migratorios hacia México no terminan.

1.7 MODELOS DE ESTUDIO

El estudio y la investigación de la migración como fenómeno social, médico-psico-sociológico, se inicia en la década del 30. Básicamente, los estudios se han centrado en los efectos que en sí el fenómeno provoca. Esto es, la mayor incidencia de patologías que afectan la salud mental del individuo y su relación con el proceso de inserción en la nueva sociedad.

Puede señalarse que el precursor del estudio y la investigación de los efectos en la salud mental de los inmigrantes fue el noruego Ödengard que en su libro "Immigration and Insanity", es el primero en describir cualitativa y cuantitativamente el estado de salud mental de un grupo de inmigrantes noruegos radicados en Minnesota (EE.UU) que habían sido hospitalizados para tratamiento psiquiátrico. Ödengard, (1932) encontró que la muestra en estudio presentaba una mayor frecuencia de incidencia de disturbios mentales que la población local y aún una más alta frecuencia que la población noruega en Noruega. Los diagnósticos de las patologías de mayor incidencia eran esquizofrenia y psicosis senil. Por lo que se refiere a la esquizofrenia, Ödengard postula que la constitución emocional de la población migrante resulta de vital importancia para desenvolverse por sí mismo y afrontar con éxito el nuevo entorno social. La historia clínica de los pacientes mostraba que antes de ser hospitalizados presentaban síntomas de desórdenes mentales como ansiedad, angustia, nerviosismo, conductas retraídas, silenciosos, celosos y con frecuencia habían cambiado de trabajo estableciendo un perfil psicológico relacionado con el tipo esquizotímico de Krestchmer.

A juicio de Ödengard, el proceso de migración refleja el intento prepsicótico de librarse de su vínculo social de origen o huir de los conflictos existentes. Por lo que Ödengard sostiene que se trataría de una selección de individuos o una "hipótesis de segregación". Hare (1955), sostiene que después de haber revisado los perfiles de la personalidad de los pacientes se puede confirmar el valor de las afirmaciones de Ödengard.

El mismo autor, sostiene que el proceso de migración de por sí provoca o altera el estado de salud mental del individuo y los más afectados son aquellos que presentan labilidad en su constitución emocional y que de por sí tienen tendencia a perder el equilibrio psíquico y ser afectados por alguna patología mental. Al mismo tiempo, Ödengard postula que los factores sociales del nuevo entorno son de gran importancia, especialmente para aquellos individuos que migran en edades adultas mayores. Este grupo presenta una gran incapacidad para afrontar las exigencias y demandas del nuevo ambiente.

Después de las investigaciones y conclusiones a que arribó Ödengard, ha habido una abundante literatura e información de los efectos de la migración y sus incidencias en la salud mental, pero continuaba existiendo una falla para considerar adecuadamente la interacción dinámica entre la migración y la enfermedad mental por vía de variables intermedias.

Morrison (1973), quien realizó una exhaustiva revisión bibliográfica en la cual analizó y criticó los problemas metodológicos involucrados en la epidemiología de los trastornos mentales que padecen los inmigrantes. Por ejemplo, el estudio Saana (1970), según la revisión de Morrison concluye: "La pregunta importante que permanece sin respuesta en estos estudios es, si los individuos que son propensos a la enfermedad mental, lo son probablemente para emigrar, o si los emigrantes tienen dificultades psiquiátricas a causa del estrés al que se somete durante su adaptación al nuevo ambiente". Ambas proposiciones o hipótesis sobre la causa de la patología mental relacionada con la migración son presentadas, sin sugerir que ambas pueden coexistir. En una revisión posterior (1970) Saana discute brevemente la inclusión de otras variables que intervienen, pero a través de su revisión lucha con las mismas dos teorías.

A raíz de estos problemas metodológicos, Morrison propuso un modelo en el que intervienen las variables intermedias que contribuyen al estado de salud/enfermedad mental relativa del emigrante. Una descripción y evaluación de estas variables es condición necesaria para comprender los datos contradictorios de que se disponen.

FIGURA 1.1

1.7.1 MODELOS DE MORRISON

A) VARIABLES QUE OPERAN ANTES DE MIGRACION

- 1.- Personalidad del inmigrante
- 2.- Experiencia de vida
- 3.- Antecedentes culturales
- 4.- Razones para dejar el país de origen
- 5.- Razones para llegar hacia una nueva localidad

B) VARIABLES QUE OPERAN DURANTE LA MIGRACION

Salud mental/ enfermedad mental del inmigrante

- 6.- Estrés de la migración

C) VARIABLES QUE OPERAN DESPUES DE LA MIGRACION

- 7.- Actitud hacia el ambiente de migración (país huésped)
 - a) Política del Estado (Política de migración)
 - b) Presión del nuevo ambiente cultural
 - c) Posibilidades económicas
- 8.- Homogeneidad del ambiente inmediato
- 9.- Satisfacción de las expectativas y aspiraciones
- 10.- Personalidad del inmigrante

1.- **Personalidad.** Con respecto a la personalidad, Morrison, en este contexto quiere significar un mecanismo de defensa que se encuentra operando inconscientemente, mediante el cual el individuo logra controlar las tensiones psicológicas que le permiten funcionar y afrontar las demandas y requerimientos que el nuevo entorno exige. La personalidad en el más amplio sentido se encuentra sustentada en las variables 2 y 3.

2.- **Experiencia de vida.** En la revisión de Morrison la variable experiencia de vida opera en sentido negativo, lo que se encuentra sustentado por los estudios e investigaciones de Koranyi (1958) realizados en refugiados húngaros asentados en Canadá que había experimentado eventos fuertemente traumatizantes. Estos autores encontraron que el 53% de la muestra presentaba trastornos mentales. Las mismas experiencias fuertemente traumatizantes que habían tenido refugiados judíos durante la ocupación nazi en la II Guerra Mundial que presentaban un permanente deterioro psicológico según un estudio realizado por Sunier, Mairlot, Kabaker y Azourio citado por Saana (1970) (en Saana, 1970). Como se dirá más adelante, estos eventos fuertemente estresantes dejan como secuela, un trauma, que más tarde se exterioriza en trastornos mentales y que se encuentran en la clasificación de desórdenes mentales en el DSM 3, (1981). En el mismo contexto de experiencia de vida, se debe señalar que una mayor movilidad geográfica, tanto interna como externa por razones de trabajo, estudio, esparcimiento, constituye una experiencia positiva que determina que el propio proceso de migración sea menos negativo.

3.- **Antecedentes culturales.** Esta variable puede operar en diferentes niveles y todo va depender de la cercanía o distanciamiento cultural que se tenga con respecto a la cultura del inmigrante y la del país receptor. En cualquier caso, la diferencia cultural va a determinar el "choque cultural", considerado por varios autores como el disparador de la patología mental (Egidius, 1981).

4 y 5.- **Razones para dejar el viejo ambiente y mudarse a una nueva localidad.** Estas variables incorporan las ideas de "empujar" y "estirar" y de selección positiva y negativa. El refugiado debe abandonar su lugar de residencia habitual por razones de seguridad de su propia existencia, aún de la familia, en muchos casos debe huir; muchas veces su salida es con violencia y tras del mismo hay experiencias traumáticas, persecución, encarcelamiento, tortura. Estas experiencias estresantes y traumáticas no las vive el emigrante que busca mejorar su situación económica y lograr un mejor futuro para su familia.

6.- **Estrés del cambio.** El cambio o traslado resulta ser para el inmigrante una de las

experiencias o eventos lleno de tensiones. Puede causar niveles de angustia que en muchas ocasiones necesitan de hospitalización. Es el caso de los refugiados que abandonan el país bajo fuertes tensiones provocadas por la amenaza, el miedo psicosocial implícito en los gobiernos de facto (Lira, 1990). Para el inmigrante indocumentado ilegal, el trayecto hacia la meta significa enormes tensiones, especialmente el cruce de fronteras y luego también su condición de ilegal no le permite funcionar a la luz del día; esta condición lo mantiene en constantes tensiones y por la misma condición de ilegal es difícil establecer cualitativa y cuantitativamente las patologías que sufre esta categoría de inmigrantes.

7.- Actitud del medio ambiente hacia los inmigrantes. Esta variable se relaciona con el ambiente que el inmigrante ha dejado y que opera de algún modo diferente y que depende fundamentalmente de la distancia cultural que haya entre los inmigrantes y la cultura mayoritaria del país huésped.

En una extensa revisión de datos sobre migración Europea a los Estados Unidos y de migración Sur Norte, Fried (1970), encontró una desalentadora actitud económica y psicológica en ese país. "La idea de los EE. UU. como un amalgamiento, surge de la elaboración mítica o de una verdad fragmentaria que ha dado pie a una imagen de desigualdad étnica, como una realidad dominante" Morrison, pag. 62, 1973).

Murphy (1965) hace una comparación de las políticas de migración de Australia y los Estados Unidos con Canadá. En los Estados Unidos y Australia existe un consenso general de que los inmigrantes deberían aprender el idioma y los usos y costumbres locales tan rápidamente como fuese posible y no ser tratados en forma diferente a los demás. En tanto que en Canadá, Murphy siente que, a través de la influencia francesa- canadiense, un inmigrante podría conservar más de su identidad étnica y no tenerla en cuenta como protección o deslealtad, así como podría suceder en Australia o en los Estados Unidos.

En la literatura revisada por Morrison, este autor encuentra y postula con toda probabilidad la actitud más positiva hacia los inmigrantes es la que se tiene en Israel. Son varios estudios los que sustentan esta afirmación, lo que se encuentra reflejado en la menor incidencia de desórdenes mentales entre los inmigrantes.

8.- Homogeneidad y ambiente inmediato. Esta variable puede influir en dos direcciones diferentes y contrarias. por un lado el inmigrante, siempre tratar de ubicarse

en barrios o vecindarios culturales y étnicamente cercanos y de su ambiente y por lo tanto disminuyen las tasas de enfermedad mental. El acercamiento a una comunidad étnica cultural más afín constituye un soporte social que refuerza la propia identidad amenazada.

El reforzamiento social que le puede brindar la comunidad étnica afín, le proporciona al inmigrante un reforzamiento de los mecanismos de defensa psicológicos e inmunológicos (Eitinger, 1981), aún cuando la enfermedad mental aparece, las manifestaciones son menores. Esto queda sustentado con los estudios de Mintz y Schwartz (en Morrison, 1973) sobre la incidencia de esquizofrenia en italianos residentes en Boston (E.E. UU) y comparado con un estudio de Malzberg, citado por Sanua (1970), sobre los porcentajes totales de hospitalización para ingleses y franceses en Canadá. Estos al vivir en comunidades étnicamente similares y afines, obtuvieron menores porcentajes que aquellos que vivían en áreas donde eran minoría.

9.- Cumplimiento de expectativas y aspiraciones. La asociación entre frustración y tensión psicológica es bien conocida. Kleiner y Parker (en Morrison, 1973), buscando entender sus sorprendentes hallazgos de que la población negra de Pensilvania presentaron porcentajes de hospitalización, que los inmigrantes del Sur encontraron un discrepancia, significativamente más alta para los nativos, en las áreas de educación, ingresos y ocupación. Ampliando en esto, en un estudio posterior los mismos autores en 1970 hicieron una investigación más estricta referida al conflicto y la identificación étnica, como variable importante, y concluyeron que estos factores no eran simples consecuencias de desorden mental, sino que estaban dinámicamente involucrados en su desarrollo.

10.- Personalidad del inmigrante. Esta variable se repite nuevamente en esta fase del proceso para poner énfasis en su interacción con variables operantes después de la inmigración, así como aquellas que operan antes de la inmigración. Se puede afirmar que la variable personalidad opera en todo el proceso de migración y constituye el soporte del individuo durante todo el proceso.

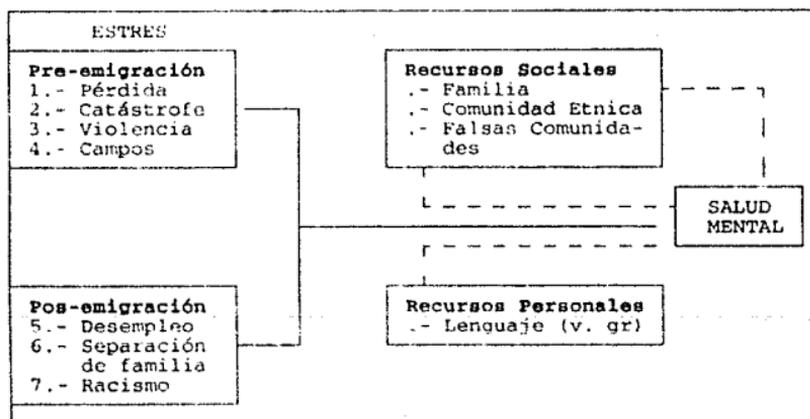
1.7.2 MODELO DE ESTRES DEL REASENTAMIENTO DE INMIGRANTE.

Con el modelo postulado por Morrison (1973), con los avances de la psicología cognoscitiva, especialmente en el campo de las emociones, y los avances en la nueva conceptualización más generalizada del estrés basada en la teoría cognoscitiva de Lazarus (1971), los estudios y la investigación de la migración, logró nuevos avances, en los cuales el estrés aparece como una dimensión inherente en cada uno de los eventos

o variables operantes e interactuantes que median en el proceso de migración y su relación con la salud y la enfermedad mental.

Basado en la respuestas de estrés del reasentamiento y las contingencias que afectan la salud mental del inmigrante, Pearlin, Lieberman, Menaghan y Mullen (1981) propusieron y desarrollaron un modelo teórico para el estudio de la migración en la categoría de refugiados, con lo que se puede comprender lo que realmente le sucede a éstos. esto es, por medio del modelo se pueden ver las respuestas conductuales y psicósomáticas que afectan al individuo en el nuevo entorno social.

FIGURA 1.2



En la fig. 1.4 se proporciona una explicación de lo que sucede a los inmigrantes, tanto en el espacio de tiempo de la pre-emigración como en la pos-emigración durante la cual, los diferentes eventos constituyen factores estresantes (tensiones) que afectan la salud mental. En este contexto se debe hacer presente que, el modelo postulado por los autores (Pearlin, Lieberman, Menaghan y Mullen, 1981), concierne a los eventos estresantes en inmigrantes pertenecientes a la categoría de refugiados (Beise, 1990, pag. 35).

A todos los inmigrantes les afectan los mismos eventos estresantes; lo que resulta diferente, son las acciones o efectos de estos eventos solo los diferentes individuos y los diferentes grupos étnicos, y las diferentes clases sociales a que pertenece.

Por lo tanto, el modelo postulado por los autores de estrés del reasentamiento, es aplicable a cualquiera de las categorías de inmigrantes, desde refugiado a indocumentados o ilegales. Se supone que esta última categoría resulta ser un grupo de mayor vulnerabilidad expuesto a los eventos estresantes, pues su propia categoría y condición de ilegalidad lo expone a mayores riesgos por la falta de protección legal y jurídica y el riesgo, siempre omnipresente de la deportación, la vejación la extorsión (ACNUR, INFORME, 1990).

El modelo de estrés de la Fig.1-4, muestra la secuencia de los eventos que provocan las tensiones que modifican el equilibrio psíquico del inmigrante. en la fase de pre-emigración se ve afectado por las pérdidas que significa desconectarse del contexto social de origen, pérdida de la red social de contacto, pérdidas provocadas por las catástrofes en la que se encuentran las guerra, tanto a nivel externo, interno, las invasiones, en las que quedan involucrados grandes sectores de la población, especialmente en los conflictos internos de los propios Estados, que en las últimas décadas, han resultado ser los más comunes y más generalizados, donde la violencia política, y la violación de los derechos humanos afecta en gran medida la salud mental de los individuos. Estas situaciones de estrés provocadas por conmoción política social interna, no se encuentra indexada en el DSM3/R (1988) como eventos de estrés situacional que provocan alteraciones en la salud mental. Bien podrían ser considerados, por cuanto que las tensiones provocadas por el miedo psicosocial provocan respuestas que afectan la salud mental (Lira, 1990). Por lo tanto las catástrofes son eventos que pueden provocar alteraciones en el equilibrio físico y psíquico en el inmigrante.

En el modelo presentado se mencionan los campos, que se refieren fundamentalmente a los campos para personas desplazadas como víctimas de los desplazamientos masivos, provocados por las condiciones imperantes en sus propios países producto de las condiciones dominantes; como por ejemplo están los refugiados del barco, después de terminada la guerra de Vietnam, los campos de refugiados de Cambodia, que acogieron a un gran número de desplazados por los conflictos de Laos y Cambodia. Las inmigrantes que han pasado por la experiencia de haber permanecido en estos campos llevan en si un trauma encapsulado, generado por la inseguridad, el ocio en los propios campos, la inseguridad del lugar donde será reasentado, etc.

En el contexto de campo, se debe mencionar los campos de concentración, de encarcelamiento y exterminio instaurados por los nazis durante la II Guerra Mundial. Los campos de concentración instaurados por las dictaduras del Cono Sur en América del Sur durante los gobiernos de facto en Chile, Argentina y Uruguay. Las personas que han pasado por la experiencia de estos campos (sobrevivientes de campos de concentración) llevan de por vida un trauma que los hace más lábiles física y psíquicamente (Bettelheim, 1943, Eitinger, 1958, 1973).

En cuanto a los eventos estresantes de pos-emigración, se debe mencionar en primer lugar el choque cultural. Aunque el modelo postulado por los autores no lo incluye, se debe mencionar por cuanto, según otros autores (Eisenstedt 1954), Öberg, 1960, Ålund, 1979), constituye un evento de fuerte confrontación y demanda para los inmigrantes frente a las nuevas formas de relación social, la propia estructura social de usos y costumbres, que determina una manera diferente de funcionar psicológica y sociológicamente. Estas nuevas coordenadas de funcionamiento, muchas veces son el disparador de la enfermedad mental (Egidius, 1981). En el modelo postulado por los autores mencionados, aparecen dos eventos fuertemente estresantes para los inmigrantes durante la pos-emigración en el proceso de reasentamiento. Particularmente durante los primeros cinco a diez años experimentan altas tasas de desempleo en comparación con la población local (Caplan, Whitmore y Choy, 1989). Al mismo tiempo se han detectado mayores tasas de depresión en la población afectada por el desempleo que en la población que trabaja. La relación entre estos dos fenómenos, la pérdida del empleo parece precipitar conductas depresivas, y los inmigrantes que padecen depresiones parecen tener más riesgo de perder el empleo que los inmigrantes no deprimidos (Beiser, 1990). Por otro lado cuando un inmigrante tiene éxito en la búsqueda de trabajo, su salud mental mejora (Beiser, 1990).

El fenómeno del desempleo se encuentra íntimamente relacionado con el racismo, que es otro de los eventos fuertemente estresante que los inmigrantes sea cual sea su categoría, debe afrontar. Las corrientes migratorias en la que se encuentran todas las categorías de inmigrantes, siempre tienen la dirección de los países en vías de desarrollo y peyorativamente llamados del tercer mundo, hacia los países desarrollados o industrializados y llamados también países del primer mundo; vale decir que las corrientes migratorias tienen siempre la dirección hacia el Norte. Los países industrializados o del primer mundo siempre han sido receptores de las corrientes migratorias del tercer mundo. Los países desarrollados en las últimas décadas se han visto envueltos en serias y graves crisis económicas que les ha generado altas tasas de desempleo que afectan a su propia población y que para la población inmigrante resulta un problema de proporciones y consecuencias aún más graves.

La misma situación de crisis con altas tasas de desempleo es la incubadora de las conductas xenofóbicas contra los extranjeros y estos últimos resultan ser los chivos expiatorios de la propia situación de crisis. En estas condiciones, el racismo es el resultado de una conducta política producto de un bajo nivel ideológico, político y deshumanizado (Capuano, 1992). Estas conductas xenofóbicas que afrontan los inmigrantes afectan su integridad física y psíquica, y esto les dificulta la integración o inserción al nuevo entorno.

Al mismo tiempo, para los inmigrantes, cualquiera que sea su categoría, la separación de la familia y de la red de sus vínculos afectivos, constituye una pérdida que afecta la estabilidad de los individuos. Esta pérdida en el modelo postulado por Westin (1973), corresponde a la relación de lo ausente, de lo que quedó atrás en el país que dejó, que implica fundamentalmente la ausencia de los valores afectivos. Estas pérdidas y las vinculaciones con la nueva cotidianidad, van dando origen paulatinamente, a su tiempo, al fenómeno del desarraigo (Pfister Annmende, 1973), caracterizado por una serie de exteriorizaciones psicopatológicas que afectan la salud mental de los inmigrantes.

Cualquiera que sea la categoría de inmigrantes, la separación familiar constituye un fuerte estresor psicológico que deja expuesto a las contingencias de la angustia psicológica y al mismo tiempo contribuye al disfuncionamiento social que contribuyen a la patología de la enfermedad mental (Beiser, 1990).

La separación familiar, fundamentalmente, la separación de la pareja, trae consecuencias negativas para el desarrollo de la comunidad familiar, por cuanto la dinámica de la separación implica el desarrollo de dos procesos paralelos, separados y desiguales, que más tarde, en la reunificación familiar significa el desencuentro, cuya consecuencia inmediata es la escisión del núcleo familiar (Quintana, 1986).

La segunda parte del modelo se refiere a los recursos sociales de apoyo, que constituyen las variables que actúan con un carácter amortiguador y de protección de los efectos negativos provocados por los eventos estresantes durante la pre y pos-emigración. Uno de estos factores lo constituye la presencia de la familia, que tiene un gran efecto de bienestar y protección emocional sobre el individuo (Beiser, 1990). Con respecto a los inmigrantes que llegan solos, lo que significa que pueden estar divorciados, ser viudos, o separados, este recurso de soporte social lo encuentran en su propia comunidad étnica o en comunidades afines, como por ejemplo, que tengan el mismo idioma, religión etc. Un aislamiento social y cultural de los inmigrantes puede conducir a graves trastornos mentales (Beiser, 1990). Al mismo tiempo, cuando los recursos sociales no cumplen su

objetivo, los inmigrantes quedan situados en la línea de riesgo que amenaza la salud mental.

En el modelo presentado, aparecen los recursos personales que aporta el inmigrante. Entre éstos se encuentra el lenguaje que constituye un factor fundamental para superar las dificultades encaminadas hacia un buen reasentamiento. El dominio del lenguaje del país de asentamiento facilita el contacto con el mundo relaciona, lo que se manifiesta en una mayor y mejor comprensión del nuevo entorno. El dominio del lenguaje le permite al inmigrante superar la soledad y el aislamiento social e integrarse más comodamente al entorno. Por el contrario, la falta del manejo y dominio del idioma está probablemente asociado, lo mismo igualmente que el desempleo, a las altas tasas de depresión que están relacionadas a la enfermedad mental. La falta del dominio del lenguaje conduce a la marginalización social y al aislamiento.

Hasta aquí se han presentado dos modelos de investigación sobre migración.

1.- El modelo de Morrison (1973), que por un lado aporta una nueva línea en la metodología de la investigación de la migración, con la combinación e interacción de las variables que influyen y median en la salud/enfermedad mental; por otro lado el modelo de Morrison aporta la aclaración de la pregunta más importante: "la cuestión no es si la migración es un factor en la etiología de la enfermedad mental, sino por qué ésta afecta a diferentes grupos, en diferentes formas" (Morrison, pag. 64. 1973)

2.- El segundo modelo, más reciente, corresponde al desarrollo por Pearlin, Lieberman, Managhan, y Mullen (1981), y está basado en las secuencias de la angustia psicológica provocada por los diversos eventos estresantes que concurren durante el proceso de reasentamiento de inmigrantes de la categoría de refugiados en el nuevo entorno. Como se puede apreciar en la Fig. 2, todos los eventos estresantes convergen hacia la salud mental. El propio modelo está basado en diversos estudios e investigaciones en refugiados procedentes del Sudeste asiático, asentados en campos para personas desplazadas y más tarde reasentados en Canadá.

El modelo en sí resulta un buen instrumento metodológico para la investigación, ya que no sólo se puede aplicar a los refugiados, sino que a todas las categorías de inmigrantes. El modelo no habla de la adaptación al nuevo entorno, pero queda implícito que el reasentamiento al nuevo contexto implica la inserción al mismo y un buen reasentamiento quedaría explicado y representado por bajas tasas de angustias y

de enfermedades mentales.

En lo que se refiere a los recursos sociales durante el reasentamiento, éstas actúan como amortiguadores o filtros de la acción negativa que provocan los estresantes, y tienen una acción limitada en tiempo y espacio, por cuanto la estabilidad emocional y protección promovida por la familia, fundamentalmente a través de la estabilidad de la pareja.

En investigaciones y estudios sobre el exilio latinoamericano en Suecia se señala que las tasas de incidencia de divorcios han resultado ser mayores que la de la población local y aún mayores que en sus propios países. Las causas entre otras, estarían en la confrontación cultural y la involuntaria auto emancipación de la mujer frente a las nuevas relaciones sociales más elaboradas e igualitarias, donde la mujer queda en la misma posición del hombre (Villar, 1980, Rifos, 1985).

El modelo de la Fig. 1.4 no postula la investigación longitudinal, por lo que cada estudio realizado y analizado que entra en la composición del modelo resulta ser una fotografía de un momento determinado de la vida del grupo en estudio. ¿Qué sucede después en el propio proceso de reasentamiento? El propio Morrison en el comentario de su modelo sugiere que se deben realizar más estudios longitudinales, porque habiendo estudiado y conocido las variables operantes en la pre-emigración y habiendo conocido las variables de post-emigración que han operado sobre los emigrantes a una nueva localidad en el pasado, con esto se podría estar en condiciones de predecir como viviría una población que se prepara para emigrar a esa localidad. El éxito o el fracaso de estas predicciones podrían ayudar a entender la importancia relativa de las variables intermedias (Morrison, 1973).

En el modelo del reasentamiento basado en la secuencia de la angustia provocada por los eventos fuertemente estresantes, se presenta el soporte social y de protección que brinda la propia comunidad étnica. En este sentido se puede afirmar que este soporte dentro de la comunidad, constituye un reforzamiento y mantenimiento de la propia identidad, y que a su vez determina lo que se ha llamado ghetto, que por un lado mantiene la identidad de la comunidad, por otro aleja la minoría de la mayoría en detrimento de una mejor inserción.

1.7.3 MODELO DE WESTIN

Westin (1973), ha desarrollado un modelo teórico existencial para los inmigrantes sobre su proceso de adaptación. El modelo lo ha dividido en tres estadios, donde cada estadio significa un conflicto para los inmigrantes y este conflicto debe ser superado para alcanzar el siguiente estadio.

Los tres estadios son LLEGADA, ENCUENTRO y RETROSPECTIVA. Por consiguiente estos tres estadios constituyen etapas críticas y de conflictos que en mayor o menor grado los inmigrantes deben resolver. Para lograr el estadio del encuentro se deben resolver y superar los conflictos de la LLEGADA y para llegar al tercer estadio RETROSPECTIVA, se deben resolver los conflictos del ENCUENTRO. Cada uno de estos estadios contiene una relación psicológica existencial. Esto, por un lado, la relación hacia el país de donde ocasionalmente (o definitivamente) se encuentra y por otro lado, una relación hacia el país de donde su persona física se encuentra separado. La siguiente tabla muestra la relación psicológica existencial que hay entre los tres estadios en la experiencia vivencial de los inmigrantes.

FIGURA 1.3

Estadio	Relación hacia el país huésped	Relación hacia el país de origen
LLEGADA	LO DESCONOCIDO	LO AUSENTE (lo que dejó)
ENCUENTRO	LO NUEVO	LO EVIDENTE
RETROSPECTIVA	LO DIFERENTE	LO AUSENTE (lo que falta afectivamente)

LLEGADA. El país de inmigración, para el individuo, es la percepción de lo DESCONOCIDO y el país de origen que dejó atrás es la percepción de lo AUSENTE. Para superar la LLEGADA y alcanzar el ENCUENTRO significa superar los conflictos que emanan de lo AUSENTE, y así sucesivamente, se atreve a abrirse ante LO DESCONOCIDO. El conflicto se localiza entre lo DESCONOCIDO y LO AUSENTE. Un futuro incierto se encuentra oculto en lo DESCONOCIDO. LO AUSENTE contiene al contrario, una seguridad potencial. Muchos inmigrantes permanecen (y se quedan) en el estadio de la LLEGADA y en su propia convicción llegan a ser emigrantes y no inmigrantes.

CAPITULO II. MIGRACION Y ESTRES

El estrés no es ningún descubrimiento moderno; ha sido, es y continuará siendo inherente a la existencia misma del hombre desde que apareció sobre la faz de la tierra. Lo que es relativamente nuevo es la investigación del mismo, que ha resultado ser muy importante por las implicaciones que tiene sobre el equilibrio física y/o psíquico del individuo en su habitat.

2.1 CONCEPTO DE ESTRES

Desde el punto de vista semántico, el término "estrés" viene del latín "stringere", que significa oprimir (Diccionario La Gaffiot, en Stora, pag. 3, 1991). Históricamente el uso del término estrés ha sido anterior a su empleo sistemático y científico. En el siglo XIV se empleaba para significar dureza, tensión, adversidad, aflicción. En el siglo XVIII se utilizó el término derivado del inglés "strain" y lo empleaban los científicos en el contexto de la física para significar estiramiento, deformación, hasta el rompimiento.

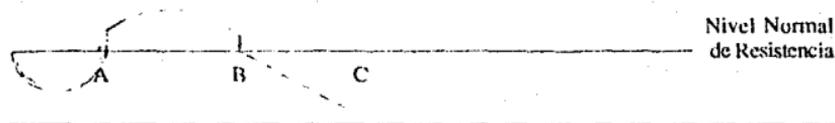
Por analogía, los términos stress y strain se traspolaron semánticamente al campo de la medicina. Así como el stress y el strain producían estiramiento y deformación, así también los términos se extrapolaron a la medicina y con ello se quería significar un antecedente de pérdida de salud. Así se empleó a lo largo del siglo XIX (Hinkle, 1973, 1977, en Lazarus, pag. 26, 1986). Los términos stress y strain utilizados en la física, hacen referencia al cuerpo deformado o estirado; fundamentalmente, es un proceso físico inactivo. Diferente resulta cuando se trata de los procesos biológicos en organismos vivos. En este caso se trata de un proceso activo de "resistencia". Este concepto fue introducido por el fisiólogo francés Claude Bernard (1859), basado en su propio descubrimiento del almacenamiento de la glucosa por el hígado y concluye que el organismo realiza un proceso de "adaptación" para lograr mantener el equilibrio (Lazarus, 1986).

En las primeras investigaciones médicas psicológicas del presente siglo, se encuentran las realizadas por Cannon (1929-1932) sobre la psicología de la emoción, llegando a la conclusión de que el estrés es el causante de la pérdida del equilibrio homeostático interno del organismo, que se produce por algún cambio en las condiciones ambientales tales como el frío, la falta de oxígeno, falta de glucemia, etc. A pesar de los cuestionamientos que recibieron las investigaciones de Cannon y a las conclusiones que arribó, el modelo de estrés postulado por él mismo, este se entendió como una reacción

de "alarma", mediatizada a través de la actividad simpático-adrenal. El modelo inicial postulado por Cannon supuso situar el estrés como una estimulación perturbadora del equilibrio interno del organismo y se conceptualizó como "sobrecarga" (Valdés, pag. 11, 1985).

Algunos años más tarde, Han Selye (1936), introdujo definitivamente el concepto de estrés en el campo de la investigación médica biológica. Con el término estrés, Selye describe en un primer intento una serie de reacciones fisiológicas no específicas del organismo provocadas por estímulos agresivos externos o demandas o requerimientos, que él mismo denominó "estresor" (generador de estrés). El conjunto de reacciones no específicas (respuesta al estímulo o estresor) Selye las llamó "síndrome general de adaptación" (Selye, 1936). El síndrome general de adaptación se desarrolla en tres fases distintas: reacción de alarma, fase de resistencia, y fase de agotamiento.

Estas fases se ilustran en la Fig. No. 2.1



En la fig. 2.1 representa la reacción de alarma. El cuerpo característicos provocados por el estresor. Al mismo tiempo como lo demuestra el diagrama, en un primer momento la resistencia queda disminuída, si el estresor es lo suficientemente grande e intenso (quemaduras graves, temperaturas extremas, el estímulo estresor puede provocar la muerte. luego sobreviene la resistencia cuando la adaptación resulta compatible con el estímulo estresor. Las reacciones normales de la reacción o fase de alarma desaparecen y la resistencia se eleva por sobre los niveles normales.

En el diagrama de la fig. # 3-2 corresponde a la parte B. Luego sobreviene la fase de agotamiento (C), a la que se llega, cuando el estímulo o los estímulos estresores, por su intensidad y acción prolongada, agota la capacidad de adaptación del organismo por deficiencia en el funcionamiento de los recursos endócrinos, que regulan la energía de adaptación y, en una fase ulterior, conduce a la claudicación de determinados dispositivos del encéfalo por falta de neurotransmisores como las catecolaminas, serotina,

dopamina, adrenalina, acetilcolina, noradrenalina, etc. Esto provoca el agotamiento de los recursos del encéfalo y, por otro lado, a una deficiencia de los propios mecanismos que regulan la síntesis de los neurotransmisores, por falta de los aminoácidos primarios esenciales y, a su vez, por el fracaso del sistema neuroendocrino que regula el proceso de síntesis (Espadaler, 1978).

En la versión inicial de conceptualización del estrés de Selye, quedaba sin resolver la cuestión acerca del primer mediador, es decir, el agente responsable de la activación hipotalámica promotora de la respuesta hormonal. J.W. Mason (1968) atribuyó la estimulación hipotalámica a la actividad emocional, formulando así, una teoría neuroendócrina del estrés, que se desarrolló paralelamente a las teorías de la emoción. Posteriormente el propio Selye (1982) atribuyó a las endorfinas segregadas por el hipotálamo, que son un poderoso calmante en los estados de tensiones agudas y son el disparador de las respuestas adaptativas del organismo. A partir de estas teorías (de la emoción y teoría neuroendocrina del estrés) abrió el paso a las teorías cognoscitivas del estrés (Lazarus y Folkman, 1986).

La teoría cognoscitiva del estrés postulada por Lazarus (1966), parte del supuesto de que el individuo hace una evaluación de los estímulos, demandas o requerimientos generadores de tensiones o estrés. Lazarus, postula en este sentido, que el individuo hace una "evaluación primaria", lo que corresponde a un chequeo y evaluación de los acontecimientos y de la situación en términos de su significado de beneficios personal. De aquí se concluye que hay cogniciones amenazantes y cogniciones placenteras. Cada organismo, cada individuo percibe, las cogniciones ya sean amenazadoras o placenteras en forma desigual. al margen de la evaluación primaria, el sujeto a su vez hace una evaluación de los propios recursos y opciones que tiene para enfrentar la situación amenazadora. Se trata de la "evaluación secundaria".

De acuerdo con la evaluación primaria y con la evaluación secundaria que el individuo hace de las cogniciones y de los recursos propios, se determina de manera desigual las estrategias de enfrentamiento para adaptarse, en el sentido de atenuar la sobre-estimulación que afecta al individuo.

De hecho, a partir de la década del sesenta, se ha venido aceptando paulatinamente en el campo médico biológico y psicológico, que si bien, el estrés es una condición inherente a la vida humana, el proceso de afrontamiento establece grandes diferencias en los individuos en lo que se refiere a la adaptación como resultado final. Por lo tanto, se puede afirmar que si el estrés se considera como dependiente de las

cogniciones que el individuo afronta, la acción traumatizante de las mismas dependerá de la interpretación subjetiva que el individuo haga de ellos (Valdés, 1985).

Desde el inicio de las investigaciones y estudios del estrés se ha intentado vincular o asociar al estrés con el contexto de la enfermedad. Selye mismo, al comienzo de los estudios que lo llevaron a la primera conceptualización del estrés, lo asoció al síndrome general de la enfermedad. Con el avance de las investigaciones en la psicología cognoscitiva, especialmente en el campo de las emociones y la ansiedad, las investigaciones en relación con el entorno social y cultural del individuo y teniendo en cuenta las características de personalidad del individuo, Lazarus conceptualiza "el estrés psicológico como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar" (Lazarus, pag. 43, 1986).

Las cogniciones amenazadoras las componen todos aquellos hechos que causan o pueden causar daño o pérdida que puede ocurrir y que el individuo percibe o intuye que puede ocurrir, "Aún cuando ya hayan tenido lugar, se consideran igualmente amenaza, por la carga de implicaciones negativas para el futuro que toda pérdida lleva consigo" (Lazarus, pag. 57, 1986).

La definición de Lazarus hace referencia a la relación del individuo con el entorno, en la que por un lado, entran en juego las características del individuo y por otro la naturaleza del entorno. Esta consideración se asemeja o resulta paralela al actual concepto de enfermedad, según el cual ésta ya no se considera como consecuencia única de la acción de un agente patógeno externo, sino que es efecto combinado de este y la participación del organismo en cuanto a la vulnerabilidad se refiere.

El término "vulnerabilidad" ha estado asociado con la conceptualización del estrés psicológico y al proceso de adaptación del individuo. Frecuentemente, la vulnerabilidad se conceptualiza en términos de la insuficiencia de los recursos para el afrontamiento. Murphy y Moriarty (1976) conceptualizan la vulnerabilidad "como el conjunto de recursos de orden físico, psicológico (y aún sociales) de que dispone el individuo para afrontar las demandas adaptativas del medio" (En Lazarus, pag. 75, 1986). En otro sentido, Wiesman (en Lazarus, 1986) conceptualiza la vulnerabilidad como "una incapacidad para el afrontamiento y una distorsión emocional vinculada a actitudes pesimistas, que bloquean los mecanismos de afrontamiento y de recibir un apoyo social".

"La vulnerabilidad psicológica no viene determinada solamente por su déficit de recursos, sino por la relación entre la importancia que las consecuencias tengan para el individuo y los recursos de que se disponga para evitar la amenaza de tales consecuencias" (Lazarus, pág. 75, 1986).

En el contexto de los antecedentes de la conceptualización del estrés, Miller (1953, citado por Lazarus, pag. 39, 1986) fue uno de los primeros en asociar el estrés a cambios en la conducta y lo define "como cualquier estimulación vigorosa, extrema, inusual, que representa una amenaza, que causa algún cambio significativo en la conducta". En el mismo sentido, citado también por Lazarus, se menciona a Basowitz, Perski y Grinker (1975), quienes definen el estrés "como los estímulos con mayor probabilidad de producir trastornos" (Lazarus, pag. 39, 1986).

Lazarus (1986), considera que un estímulo es estresante cuando genera una conducta o respuesta estresada, y se considera una respuesta estresada cuando ésta es producida por un requerimiento, o una demanda, un daño, una amenaza (la que siempre está referida a daños o pérdidas que pueden ocurrir) o a una carga (Lazarus, 1986). En consecuencia, y de acuerdo con el desarrollo de la psicología cognoscitiva, así como con la teoría de las emociones y su asociación con la teoría cognoscitiva del estrés, se ha llegado a una conceptualización más generalizada del estrés, y se acepta hoy que: "el estrés tiene lugar cuando una estimulación (cognición amenazadora) incrementa la activación de un organismo más rápidamente que su capacidad de adaptación para atenuarla" (Levi, 1971).

Lazarus (en Smith, 1985), de acuerdo con sus propias investigaciones, postula que "el estrés depende de los procesos cognoscitivos relacionados con las percepciones individuales de los eventos y su significado. Las percepciones individuales de los hechos pueden llevar a alguien a percibir un hecho como estresante, mientras que otros individuos pudieran no verlo como tal. El grado de cualquier hecho (en lo que se refiere al daño o poder traumático) dependen del significado que el individuo le asigne".

Bajo estas condiciones, "el estrés se sitúa entre la sobreestimulación (sobrecarga) y la acción atenuadora (o restauradora) del organismo, que implica una estrategia adaptativa y no una simple evitación, puesto que la estimulación no es nociva en sí mismo. Además, el sujeto (y no su organismo) puede intervenir para adaptarse; de ahí, que el término adaptación haya sido gradualmente sustituido por el de estrategia de afrontamiento" (Valdés, pag. 13, 1985).

Wiener (1985), postula que el estrés puede ser concebido como entidad dual en su acción sobre los organismos, tanto como una amenaza o como un desafío para la integridad y supervivencia de los mismos. Basado en esta premisa y extrapolada a los organismos humanos, Weiner, a grandes rasgos establece la taxonomía de los eventos generadores de estrés, estableciendo tres categorías:

1.- **Desastres Naturales.** Son eventos de la naturaleza y que resultan incontrolables por el hombre, entre los que se pueden mencionar: terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, huracanes y tornados, avalanchas, deslizamientos de tierra, sequía, hambrunas, epidemias.

2.- **Desastres causados por el hombre.** Son los que con mayor frecuencia se presentan en vastas regiones del planeta, induciendo situaciones de tensiones extremas con graves consecuencias para la integridad y supervivencia del individuo, entre estos se deben mencionar: las guerras, los desastres económicos (crack bursátil), accidentes de tráfico, tortura, encarcelamiento y confinamiento en campos de concentración y tortura, rehenes por raptó o secuestro, abuso y hostigamiento a menores. En este mismo contexto, en el momento presente, se deben agregar además, la violación de los derechos humanos y la presión política provocada por gobiernos dictatoriales, amenazas explícitas e implícitas que desarrollan el miedo psicosocial en grandes sectores de la población.

3.- **Experiencias personales.** Están constituidas por una amplia gama de eventos de la vida social y de la vida cotidiana del individuo entre las cuales se pueden citar: el rompimiento de las relaciones, por duelo, separación, divorcio conflictos conyugales y familiares; migración; desempleo forzado, pobreza, marginación, pérdida del empleo; cambio de empleo, monotonía y pasividad en el trabajo; intervención quirúrgica, dolencias, enfermedad, rendir examen, cambio de domicilio, pérdida de estatus.

Cada una de estas categorías son proveedoras potenciales de un amplio espectro de eventos fuertemente estresantes para el individuo. De acuerdo con lo postulado por Lazarus (1974), cada individuo en particular interpreta los acontecimientos de acuerdo con sus propias experiencias las cuales están en función del impacto que los acontecimientos mismos provocan en el individuo y de aquí, resulta el valor que el individuo le asigna. Para algunos el desafío, la amenaza y el peligro resulta gratificante y excitante, en tanto que para otros, estas mismas situaciones las evitan y huyen de ellas. Algunos anhelan la muerte, en tanto que otros ansían vivir el mayor tiempo posible.

De acuerdo con lo postulado por Weiner (1991), el "estrés no sólo puede ser definido en términos psicológicos como a menudo ha sido en el pasado. Como Darwin ha señalado, conducta y fisiología son inseparables. Juntos constituyen una respuesta orgánica, integrada al reto, amenaza o peligro. Estas respuestas clasificadas son altamente discriminadas y apropiadas a la experiencia científica".

De acuerdo con las formulaciones darwinianas acerca de la "selección natural", el estrés es una unidad inherente a la actividad humana y se manifiesta mediante la presión física y social que ejerce el medio ambiente sobre el individuo que ineludiblemente debe afrontar para asegurar su propia integridad y supervivencia en el medio. Lo que resulta ser un desafío o una amenaza. Al desafío corresponde el afrontamiento directo con el estímulo estresor, que se caracteriza por la lucha. La amenaza, se considera también un mecanismo disparador del afrontamiento, caracterizado por la evitación o la huida. En ambos casos se producen las mismas reacciones fisiológicas en el organismo, que están reguladas por la energía proporcionada por el sistema neuro-endócrino, que frente a las estimulaciones proporciona la adrenalina que prepara el organismo para la lucha o la huida. Estas reacciones han sido comprobadas en boxeadores, acróbatas, vuelos espaciales, choferes, tratamiento dental, en la privación sensorial, ya sea provocada por tortura u otro medio, la inmersión en el agua, y la hospitalización. Todos estos estímulos pueden conducir también a una elevada liberación de catecolaminas. (Levi, 1971). Estos mismos estímulos (estresores), producen un aumento de los niveles de cortisona, como es el caso de la hospitalización, o la notificación para ser intervenido quirúrgicamente, el pasar por exámenes médicos o psiquiátricos. Estas hormonas son liberadas a través de las secreciones neuroendócrinas como respuesta al estímulo estresor (que puede ser de naturaleza psicosocial), y altera funciones muy importantes como la cardiovascular, y las metabólicas de carbohidratos, grasas y metabolitos.

La reacción de estrés, es decir la respuesta al estímulo estresor, filogenéticamente constituye un antiguo proceso de afrontamiento, que prepara el organismo para una actividad física exteriorizada para la lucha, o la huida. Era la forma característica del hombre primitivo de afrontamiento, que prepara el organismo para una actividad física exteriorizada para la lucha, o la huida. Era la forma característica del hombre primitivo de afrontar la amenaza. En la época primitiva las condiciones estaban apropiadas para estos eventos y la energía que tenía el individuo a sus disposición provenía del sistema neuro hormonal (Hipotálamo adreno-cortical), la que consumía en la lucha por conservar su integridad y supervivencia durante el afrontamiento. Por otro lado, la huida significaba también liberación de energía. Estas respuestas parecen no ser apropiadas para el hombre moderno. Por razones sociales debe reprimir muchas de sus respuestas emocionales y actividades motoras. Esto provoca una situación de discordancia entre la expresión de la

emoción, los concomitantes neuroendócrinos que desarrollan la emoción y las actividades psicomotoras que suelen acompañar a las emociones. Las expresiones emocionales obligadas que exterioriza el hombre, corresponden a expresiones emocionales de respuestas físicas o verbales que resultan totalmente incongruentes con su estado neuroendócrino y emocional. Este patrón de tensión crónica (estrés), induce respuestas atenuadas o reprimidas, quedando la energía acumulada o sin salida por supresión de las respuestas psicomotoras y emocionales. Al mismo tiempo, si los estímulos psicosociales (estresores psicosociales)), continúan su acción y ésta se prolonga en tiempo, e incrementa su frecuencia e intensidad, puede resultar patológico para el individuo. Según Levi (1971), la acción de estos procesos constituye el principal factor de la gestación de las enfermedades psicosomáticas.

Los cambios vitales, es decir, las transformaciones sociales que modifican las propias estructuras en que se encuentra asentado el individuo, demandan de éste un reacondicionamiento a las nuevas circunstancias operadas por el propio cambio social. El organismo responde del mismo modo, esto es, en forma atenuada, monótona y restringida, que a las condiciones que se requiere en el afrontamiento para la lucha o la huida. Este tipo de respuesta caracteriza a los sujetos de países industrializados y relaciones sociales más elaboradas a través del propio control social. Mientras más grande sea el número de cambios y transformaciones que el individuo experimente y de la intensidad de los cambios mismos de vida de los sujetos durante cierto período de tiempo, mayor es el riesgo de sufrir alguna enfermedad (Levi, 1971).

2.2 FACTORES PSICOSOCIALES Y ESTRES.

Los factores psicosociales surgen de las circunstancias sociales mediatizadas a través de la percepción y la experiencia. Son el resultado de la propia percepción de los cambios sociales, incluyendo los cambios sociales mismos y los cambios en el patrón cultural, así como la respuesta fisiológica y psicológica (Levi, 1979). El mismo autor postula que los procesos de cambios y transformaciones sociales pueden provocar efectos patógenos en el individuo.

El término "psicosocial", se emplea para acentuar y enfatizar las formas en que la sociedad afecta o influye en el funcionamiento psicológico del individuo dentro de su entorno, lo que implica la interacción social del individuo y de los grupos o del grupo a que pertenece o se encuentra inserto y en el cual le corresponde actuar, participar y asumir

roles y funciones asignadas, de trabajo, de estudio, de participación política y social, las formas como percibe y afronta el contexto social y la conducta de los demás (Levi, 1988).

El término "estresor psicosocial", se refiere a las situaciones sociales y a la interacción entre ellas, que resultan frustrantes o amenazan con llegar a ser frustrantes para el individuo o para el grupo. el desarrollo industrial moderno es un típico ejemplo de la compleja red organizativa de la producción, que mediante la producción en serie y la automatización, provoca la "monotonía y el aburrimiento" en el trabajo. El trabajo, así, se percibe como una amenaza para la salud mental del individuo. En tanto que en los países en vías de desarrollo se percibe como amenaza; el desempleo (que ya también está afectando a los países industrializados), la inflación, la contaminación ambiental, los desastres naturales, el terrorismo, la violación de los derechos humanos, la opresión y represión política, el bajo nivel de ingresos; algunos factores físicos en el ambiente de trabajo como el calor y el frío, se conciben como amenazas que pueden provocar respuestas patológicas en el individuo (Kagan y Levi, 1975).

Las respuestas de estrés psicosocial pueden ser de tres tipos (Levi, 1979):

- a) **Mentales.** Son respuestas de tipo psicopatológicas como la ansiedad, expresada en miedo al futuro, estados depresivos provocado por pérdidas, resignación,
- b) **Conductuales.** Expresada en la propensión a accidentes, en el trabajo, en casa, en el tráfico por exceso de tensiones, monotonía y cansancio, abuso de alcohol o de drogas, o las adicciones mismas como conducta de aporte patológico, violencia, suicidio.
- c) **Fisiológicas.** Son respuestas de tipo psicósomático que involucran los distintos circuitos hormonales. En ninguno de estos estadios se está aun clínicamente enfermo, pero de ningún modo se está sano.

2.3 LA MIGRACION COMO FACTOR DE ESTRES.

En la taxonomía del estrés propuesta por Weiner (1991), la migración se encuentra dentro de los desastres provocados por el hombre. El proceso mismo de migración para los involucrados en él, cualquiera que sea su categoría y condición, implica una situación de estrés (Murphy, 1965). El propio Murphy diez años más tarde, después de analizar las tasas de incidencia de hospitalización por trastornos mentales en inmigrantes, tanto internos como externos, y basado en los estudios de Ödengård (1932) y Malzberg (1962), concluyó formulando tres teorías acerca de la migración que se relacionan con la aparición de la sintomatología de trastornos mentales y en la que intervienen también y se asocian otras variables como la edad, estrato social a que pertenecen los inmigrantes y conflicto cultural (choque cultural). Estas tres teorías son (En Zwiggmann, pag. 204, 1973).

- 1.- *"Que ciertos trastornos mentales incitan al individuo a migrar".*
- 2.- *"Que el proceso de migración desarrolla estrés mental, el cual a su vez, precipita trastornos mentales en personas susceptibles".*
- 3.- *"Que hay una asociación no esencial entre migración y ciertas otras predisposiciones o factores de precipitación tales como la edad, clase social, y conflicto cultural".*

En la literatura revisada de las investigaciones sobre migración, y en los modelos, uno postulado por Morrison (1973), y el otro por Pearlin, Lieberman, Menaghan, y Mullen, (1981), se enfatiza la acción de los eventos estresantes que concurren en todo el proceso de migración y que resultan ser inherentes al mismo. Son factores que inducen tensiones y que se encuentran directa o indirectamente relacionados o asociados al binomio migración-salud/enfermedad mental, que en diferente grado afectan a los diferentes individuos y a los diferentes grupos étnicos. El resultado de esta relación y afirmación, se encuentra explicada en los estudios e investigaciones realizados por Ödengård (1932), quien encontró que la población migrante presentaba tasas más altas de hospitalización por incidencia de trastornos mentales de la población migrante noruega asentada en Minnesota, comparada con la población local y aún tasas superiores a la población en el propio país.

En cuanto a las teorías acerca de la migración formuladas por Murphy (1955), se puede afirmar que el enunciado de la primera: "que ciertos trastornos mentales incitan al individuo a migrar", queda adscrita a las formulaciones de Morrison (1973), en el sentido de que no existen los suficientes datos que afirmen o nieguen la misma, por cuanto los individuos que son propensos a contraer trastornos mentales, lo son probablemente para migrar (Sauna, 1963, en Morrison, pag. 61, 1973). Por otro lado, resulta difícil aceptar en forma categórica la primera teoría de Murphy; habría que tener más información y datos de variables que asocien los antecedentes retrospectivos de los propios inmigrantes, como las características psicosociales del ambiente de origen dentro del marco y las perspectivas del desarrollo socio-económico de los mismos.

En lo que se refiere a la segunda teoría de Murphy: "que el proceso de migración desarrolla estrés mental, el cual a su tiempo precipita trastornos mentales en personas susceptibles", se encuentra sustentada por los primeros estudios de Ödengård (1932). Aún sin mencionar el término de estrés, éste investigador sostiene que existe un grupo de individuo susceptibles a la patología mental. La mayoría de los estudios e investigaciones sobre migración se han centrado y se centran en las variables de los eventos estresantes que intervienen durante el proceso. En esta investigación, se han presentado los estudios que han dado origen al segundo modelo, de los autores Pearlin, Lieberman, Menaghan, y Mullen, (1981) y que tienen su correlato con la salud/enfermedad mental. Otros autores que han contribuido al estudio e investigación de los refugiados e inmigrantes y las implicaciones de los eventos estresantes en la salud mental son: Merloo, (1946); Pedersen, (1949); Murphy, (1977); Eitinger, (1958, 1973, 1981); Duarte y Seguel, (1980); Barudy, (1982); Fraser y Pecora, (1985); Zukerman, (1989); Dohrenwend y Dohrenwend, (1974).

Con respecto a la tercera teoría de Murphy: "que hay una asociación no esencial entre migración y ciertas otras predisposiciones o factores de precipitación tales como la edad, clase social, y conflicto cultural". En relación con la variable edad, Ödengård (1932), tempranamente había encontrado en sus investigaciones que la edad constituye un factor de riesgo para aquellos individuos que migran en edades mayores, presentando estos sujetos una mayor incapacidad para afrontar el proceso de adaptación en un país extraño, siendo más vulnerables a las eventualidades de los trastornos mentales.

En relación con la variable "clase social", que hace referencia la tercera teoría sobre migración de Murphy y su vinculación con los trastornos mentales, la teoría en sí misma es consecuente con su propio enunciado, esto es: "que hay una asociación no esencial"... entre clase social y trastornos mentales. En un estudio realizado por el propio Murphy (1965, revisado y publicado en Zwiggmann, 1973, pag. 204) en

inmigrantes internos en los EE. UU., encontró que los inmigrantes pertenecientes a estratos sociales bajos, obtienen empleos de bajo nivel y las tasas de hospitalización por incidencia de trastornos mentales no se podrían considerar significativas en comparación con la población local (Murphy, en Zwigmann, 1973).

Con respecto a la variable clase social, postulada en la tercera teoría de Murphy de "asociación no esencial", se puede inferir que la acción de esta variable en la población migrante resulta ser muy compleja y se encuentra condicionada por otros componentes entre los cuales se puede mencionar: el nivel de escolaridad, el nivel de expectativas y aspiraciones, las características de personalidad de los sujetos en situación de migración, etc.. El espectro y delimitación del concepto de clase social y nivel económico varía de un país a otro, dependiendo fundamentalmente del grado de desarrollo socio económico en que éste se encuentre, como también hay variaciones del mismo de una cultura a otra, dependiendo también del grado de desarrollo en que ésta se encuentre. En términos generales, los estudios sociodemográficos realizados en las últimas décadas en países altamente desarrollados (EE. UU.), han encontrado que hay una relación inversa entre clase social y la aparición de sintomatología psicológica (Dohrenwend y Dohrenwend, 1983). Otros autores han establecido que prescindiendo del grupo racial de pertenencia, los sujetos pertenecientes a estrato socio-económico bajo tienen mayor propensión a trastornos psicológicos que los que poseen mejor estatus socio económico (Hollingshead y Readlich, 1958; Carr y Krause, 1978; Eaton, 1983). Los autores mencionados no hacen referencia a la población migrante.

Estudios empíricos realizados en Suecia con refugiados latinoamericanos asentados en la ciudad de Estocolmo y basado en las tasas de incidencia de pacientes que solicitaron atención y apoyo psicológico en los servicios comunitarios ad-hoc, se concluye que la confrontación cultural, que va desde la propia estructura jurídico social, prácticamente todo el espectro de la actividad de los sujetos, desde el control personal hasta la regulación social, lo que es determinante para el individuo, a pesar de tener una amplia cobertura de protección social, ya que se siente desvinculado y apresado dentro de la red burocrática de control y regulación y siente la propia incapacidad para modificar su propia existencia. En este contexto de relaciones sociales más elaboradas, la variable clase social, que traen los refugiados e inmigrantes como algo inherente a su identidad, no tiene la validez y no funciona en los términos de su propia cultura, perdiendo con esto, los individuos, parte de su propia identidad social, la que a su tiempo unida a la no satisfacción de las expectativas y aspiraciones, lleva a inmigrantes y refugiados a altas tasas de incidencia de angustias y depresión que afectan al mismo tiempo el funcionamiento y mantenimiento de la cohesión del núcleo familiar, que termina con la escisión del mismo con las consecuencias que devienen para la pareja misma y para los niños (Duarte y Seguel, 1980; Ríos, 1985; Villar y Nouira, 1981).

2.4 EL ESTRÉS COMO CAUSA DE ENFERMEDAD

Desde el comienzo de las investigaciones y estudios sobre el estrés, se ha venido intentando vincular al estrés con la aparición o exteriorización de la enfermedad. Los estudios de los últimos decenios se han venido centrandó en la asociación de las tensiones (estrés a que está sometido el hombre) con las altas tasas de incidencia de hipertensión en la población de los EE. UU. Los mismos estudios han venido mostrando que el estrés es el mayor contribuyente directo e indirecto de las seis mayores causas de enfermedades y que al mismo tiempo son también la principal causa de defunción en la población de los EE. UU, las cuales son: enfermedades cardiovasculares, cancer, afecciones pulmonares, accidentes con lesiones graves, cirrosis hepática, suicidio (Smith, 1985).

En los tres últimos decenios un gran número de investigaciones sobre el estrés se han centrado en los acontecimientos o eventos estresantes de la vida (Dorhenwend y Dohrenwend, 1974, 1981; Holmes y Rahe, 1967; Gunderson y Rahe, 1974; Horowitz, 1976). Originalmente la conceptualización del modelo de investigación y postulación del mismo fue realizada por Holmes y Rahe (1967). Postuló que es posible hacer una predicción individual del posible estrés y la posible susceptibilidad a un amplio espectro de enfermedades infecciosas, neoplásticas, autoinmune, simplemente determinando la dimensión de los cambios críticos de vida experimentado en un espacio de tiempo. La premisa básica es que las situaciones que ocurren en la vida diaria y que producen intentos de conductas adaptativas también provocan cambios psicológicos significativos que conducen a una disminución de la resistencia de la capacidad inmunológica. Los autores postulan que a mayor cantidad de cambios de vida mayor es el riesgo contraer enfermedades de naturaleza seria (Smith, 1985).

De los datos y la información obtenida, Holmes y Rahe (1967), postularon que ciertos acontecimientos de vida, tal como la muerte de un ser querido como el cónyuge, la pérdida del empleo, el casamiento, actúan como factores precipitantes de síntomas físicos y síntomas de trastornos mentales. A lo que también deben agregarse los acontecimientos de la vida cotidiana como son problemas financieros, que se piensa que son tensiones aditivas que aumentan el riesgo de síntomas de trastornos físicos y mentales, especialmente cuando se acumulan en un corto espacio de tiempo.

"Un número siempre creciente de investigaciones sobre los eventos fuertemente estresantes de la vida han sido reportados, muestran una relación modesta pero significativa entre los niveles de los acontecimientos de la vida y la aparición de la sintomatología que interfiere con la salud física y mental" (Grant, Gerst, y Yager, 1976; Myers, Lindenthal, Pepper, y Ostrander, 1972, en Smith, pág. 538, 1985).

Mucha de la reciente investigación sobre los acontecimientos estresantes de la vida se diseñaron para especificar la relación entre acontecimientos de vida y la aparición de síntomas que afectan la salud física y mental del individuo (Grant, Sweetwood, Yager, y Gerst, 1978). Sin embargo, estudios más recientes (Kessler, 1979a, 1979b; Thoits, 1982; Liem y Liem, 1981) modifican el enfoque de investigación lineal y unidimensional. Actualmente los investigadores enfatizan la importancia que tiene el soporte social y por lo tanto desarrollan el modelo, haciéndolo multidimensional. Un gran número de estudios con en base a este modelo concluyen que el impacto del estrés y de los recursos individuales disponibles modifican la severidad del impacto (En Smith, pág. 538, 1985).

La gran mayoría de los estudios sobre los acontecimientos o eventos fuertemente estresantes se han realizado en la población blanca de los EE. UU. Existe una notable ausencia en la literatura de estudios sobre las minoría étnicas que examine las relaciones de los acontecimientos fuertemente estresante en el medio ambiente en que se encuentran, como la pertenencia a un determinado grupo racial. De acuerdo con lo señalado por el periodista norteamericano E.W. White, (En Smith, pag. 539, 1985) las relaciones entre blancos y negros ha caracterizado la historia de los EE. UU., constituyendo la membresía racial de minoría una fuerte fuente de estrés.

Dorhenwend y Dorhenwend (1979), han propuesto que tres factores contribuyen al nivel general de estrés que los individuos experimentan. Estos tres factores fueron definidos como estímulos estresores, fuerzas mediadoras externas y fuerzas mediadoras internas. Dorhenwend y Doherenwend definieron los estímulos estresores como aquellos eventos que causan estrés por medio de la interrupción o amenaza de interrupción de las actividades de un individuo. Las fuerzas mediadoras externas fueron descritas como factores ambientales que actúan sobre los individuos. Los factores incluidos bajo esta categoría fueron dinero, familia y nivel de apoyo social. Los mediadores internos de estrés fueron las disposiciones físicas o psicológicas del individuo, sus valores, sus expectativas de vida y sus sentimientos en general.

Dorhenwend y Dorhenwend conceptualizan como estímulos estresores los prejuicios, la discriminación (racial) y la hostilidad, que existe entre blancos y negros en los EE.UU. y que ha caracterizado el desarrollo y la historia de este país. El resultado de tener estatus de minoría resulta ser un evento fuertemente estresante. Los mediadores externos se presentan ampliamente en términos del apoyo social disponible con los miembros de los grupos de minoría racial y los mediadores internos son los factores cognoscitivos que influyen sobre las percepciones del individuo a propósito de los acontecimientos vitales y de la conducta de afrontamiento que ellos utilizan.

Las investigaciones y estudios realizados por Harding, Probansky, Kutner, y Chen, (1969); y Sherif y Sherif (1956), proveyeron de algunas perspectivas y sustentos teóricos iniciales a las causas del estrés que experimentan las minorías étnicas, Hardin y Cols. han sostenido que la discriminación tiene el efecto de producir dos tipos de membresía de grupos; la distinción de permanecer dentro del grupo y la de permanecer fuera del grupo. Estos dos grupos de membresía de grupos pueden conducir al estrés para sus miembros, especialmente para aquellos que son excluidos de la membresía de un grupo particular.

De acuerdo con lo postulado por Allport (1954), los miembros situados fuera del grupo pueden encontrar tres niveles de rechazo: 1) rechazo verbal; 2) discriminación; 3) ataque físico. Las minorías raciales encontraron rechazo verbal cuando fueron objeto de maltrato verbal y de otra forma de agresividad en los mismos términos. La discriminación contra las minorías raciales ocurrió cuando ellos fueron tratados en forma injuste inequitativamente de acuerdo con la ley. Bajo el rótulo de ataque físico incluyó también tratamiento tal como ataque de multitudes, y linchamiento. (En Smith, 1985).

La condición de segregación del grupo induce el aislamiento social, la marginalidad, y condiciona el estatus de inconsistencia. (Smith, 1985). Las consecuencias de la segregación grupal para las minorías raciales se ponen de manifiesto en la literatura sobre aislamiento y psicopatología. Varios estudios han examinado los efectos de las condiciones de la salud mental al interior de una comunidad. Por ejemplo Blom (1975), Mintz, y Schwartz, (1964), y Rakin (1979), han examinado los efectos de las condiciones de minorías al interior de una comunidad y el riesgo de trastornos emocionales. La condición social, marginalización del mismo tipo y situaciones de inconsistencia (en Smith y 1985).

Los investigadores han supuesto que la condición de minoría racial en un contexto de mayoría conducen a la alineación y al aislamiento social, creando así un elevado nivel de estrés en los individuos. El aislamiento social implica un deterioro de la propia posición al interior de una comunidad. Recientemente se ha observado que el aislamiento social es un factor importante que incrementa el riesgo para contraer enfermedades (Eaton, 1983; Rabkin, y Struening, 1976, en Smith, pág. 540, 1985).

La condición de marginalización social ha estado también vinculada con el aislamiento social. Un grupo marginal se define por lo general como aquel grupo que en forma incompleta ha sido asimilado (semi asimilación), que ha abandonado parcialmente su anterior cultura y no ha conseguido plena aceptación en la nueva cultura (Fairchild, 1961). Un grupo marginal socialmente se encuentra asentado en una especie de tierra de nadie. Cuando las características manifiestas hacen la identificación difícil, el estado de marginalización puede prevalecer por décadas.

Recientemente, los investigadores han comenzado a examinar las condiciones de marginalización en términos de la densidad étnica. En estos casos la densidad étnica fue conceptualizada como el cociente de negros en relación con blancos, o de negros con otros negros al interior de una comunidad. Se ha observado que la densidad étnica está relacionada inversamente con las tasas de hospitalización psiquiátrica. Cuando los grupos étnicos o raciales constituyen una proporción más pequeña de su población total en una área dada las tasas diagnosticadas de enfermedades mentales se incrementan para las minorías étnicas en comparación al grupo étnico mayoritario.

"El aislamiento es otra de las características asociadas con la condición de dominante (sin consideración de si uno está hablando de la condición de dominante en términos de raza o sexo), puesto que alejan a los señalados de los aspectos de la cultura dominante que quieren mantener secretos, realizando actividades cuando los señalados están ausentes. Esto se ve en los asentamientos predominantemente blancos, donde los miembros de las minorías raciales son frecuentemente privados de información importante. La falta de acceso a la información puede entorpecer el desempeño de una minoría dentro de la comunidad, a ya que a menudo las minorías pueden no estar enteradas de un evento importante dada la equivocación en la fecha u hora o es posible que no se les permita el acceso en determinado contexto" (Smith, pag. 545, 1985).

Los especialistas han discutido la relación entre raza/minoría étnica y psicopatología. En términos generales se han establecido dos posiciones.

1.- *"Los efectos de la discriminación racial son de tal magnitud que colocan a la gente de color en un riesgo mayor de padecer trastornos mentales".*

2.- *"La raza perse no puede explicar las prevalencias de trastornos mentales."*

Mediadores externos de estres. En décadas recientes el hallazgo psico-sociológico, socio-económico más consistente ha sido la relación inversa entre clase social y sintomatología psicológica (Dorhenwend y Dohrenwend, 1983; Eaton, 1983; Carr y Krause, 1978; Holligshead y Readlich, 1958), puesto que sin reparar en la raza, la gente con antecedentes socioeconómicos bajos tienden a padecer un número mayor de síntomas psiquiátricos y trastornos psicológicos que la gente con antecedente socioeconómicos altos.

La hipótesis de la exposición diferencial. Esta hipótesis ha sido utilizada para explicar la mayor tasa de incidencia de síntomas psicológicos entre los pobres (Dohrenwend, 1973, en Smith, pag. 550, 1985). Básicamente, ésta hipótesis ha sustentado que la exposición frecuente a las experiencias estresantes causa altas tasas de incidencia de trastornos emocionales entre los pobres. La suposición que sustenta la hipótesis es que las experiencias de la vida cotidiana de las personas con niveles de ingresos económicos más bajos son probablemente son mas sensibles o predisuestas a los eventos estresantes que las personas de niveles económicos más altos en las diferencias cuantitativas de los eventos estresantes que las personas experimentan en distintas clases sociales. (Smith, 1985).

El apoyo social. Una de las más relevantes hipótesis en la literatura sobre el estrés ha postulado que el soporte social amortigua los efectos traumatizantes de los eventos estresantes. La hipótesis del amortiguamiento sostiene que los individuos que experimentan estrés en niveles significativos, pero que tienen un fuerte apoyo social, estarán protegidos del desarrollo y proliferación de la sintomatología vinculada al estrés. Caplan (1974) ha identificado tres funciones mediadoras del estrés que previenen los sistemas de apoyo social. dichos sistemas ayudan al individuo a organizar sus habilidades y recursos para afrontar los acontecimientos estresantes, compartir la carga del estrés y proporcionan apoyo emocional e instrumental (por ejemplo, dinero).

Se han realizado pocos estudios sobre los acontecimientos vitales estresantes de la vida en función de la variable apoyo social o de las redes de afrontamiento de los grupos de minoría racial. Warheit, Vega, Shimuzi, y Meinhardt (1982) examinaron las redes interpersonales de afrontamiento y los problemas de salud mental entre la población negra y blanca (anglos), México-Norteamericanos, y Guatemaltecos. Un total de 5175 sujetos mayores de 18 años fueron entrevistados. Warheit y Cols. encontraron que más de dos tercios de los que respondieron dijeron que tenía miembros de familia cercanos a quienes podía acudir en caso de ayuda. Sin embargo, los negros y los mexicanos-americanos tienen menos amigos cercanos (75%) que los blancos (90%). Los investigadores encontraron que teniendo miembros de familia cercanos, resulta de por sí altamente significativa su vinculación con las bajas tasas de incidencia de síntomas psiquiátricos; el tener amigos en la cercanía a los cuales se puede recurrir en caso de necesidad, reduce aún más las tasas de sintomatología psiquiátrica que cuando no se tienen.

Mediadores internos de estrés. Los mediadores internos del estrés son los factores de personalidad que pueden influir en la respuesta del individuo a los acontecimientos o eventos estresantes de la vida. Los individuos pueden tener diferentes defensas psicológicas, respuestas de afrontamiento y predisposiciones personales que pueden colocarlos en la zona de riesgo que conducen a la sintomatología psiquiátrica. Diversos factores internos del individuo han sido estudiados y analizados en relación con los efectos sobre el estrés. Estos factores son: locus de control interno-externo, indefensión aprendida y auto concepto.

Locus de control interno-externo. El concepto de las diferencias individuales en la vulnerabilidad relacionada con el binomio estrés-psicopatología fue desarrollada a través de la teoría del aprendizaje social de Rotter (1966) y su punto de vista es que el individuo tiene una expectativa generalizada a propósito del grado al cual controla las recompensas, castigos y, en general, los eventos que suceden durante sus vidas. Rotter llamó esta expectativa "locus de control". "Se conceptualizó a los individuos como variables sobre la dimensión de control, de interno a externo. El individuo que está internamente controlado espera tener el control de los eventos de su vida y en un alto grado. Aquellos que lo son externamente, esperan que los eventos de su vida sean controlados generalmente por otros o por el destino (En Smith, pág. 554, 1985).

"En general, una hipótesis ha sido bien sustentada empíricamente: la mayoría de los estadounidenses que tienen un locus de control externo, tienen mayor predisposición y riesgo a contraer psicopatologías que aquellos que tienen un locus de control interno. En algunos casos, el locus de control ha sido asociado con la competencia, capacidad de afrontamiento e invulnerabilidad a los efectos debilitantes de los eventos estresantes" (Smith, pág. 554, 1985).

Lazarus (1966 y 1974), ha postulado que el estrés es dependiente de los procesos cognoscitivos relacionados con las percepciones del individuo y del significado asignado a éstas. Las percepciones del individuo pueden inducirlo a percibir un evento como estresante, mientras que otros individuos no le verían como tal. El grado de estrés de un acontecimiento dado depende fundamentalmente del significado que el individuo le asigne.

"Una de las características más importantes del control, supone que una persona percibe los recursos de afrontamiento hacia los eventos estresantes y sus consecuencias. Bandura ha denominado a los recursos de afrontamiento del individuo como un sentimiento de auto eficacia. De acuerdo con lo postulado por el autor: es principalmente la ineficacia de afrontamiento percibida asociada a los eventos aversivos lo que los hace temibles y espantosos. Hasta el punto en que el sujeto puede prevenir, disminuir o terminar, la severidad de los eventos aversivos, hay poca razón para temerlos" (Smith Minorities, pág. 554, 1985).

Thompson (en Smith, 1985) ha categorizado al control como control conductual, control cognoscitivo, y control retrospectivo. Esta investigadora sostiene que el control está relacionado con el significado que el individuo le asigna a un evento y que el control cognoscitivo tiene un efecto significativo sobre cómo uno experimenta un acontecimiento fuertemente estresante.

Otros investigadores han subrayado la importancia del control percibido como un amortiguador interno de estrés. Pearlín y Schooler (1978) han señalado al dominio o control sobre los eventos estresantes de la vida como un importante mecanismo de afrontamiento. Kobasa (1979), y Pearlín y Schooler (1978) analizaron una muestra de sujetos que estaban en situación similar y encontraron algunos sujetos que afrontaron aceptablemente y reportaron baja incidencia de enfermedades, en tanto que otros no afrontaron bien y se reportaron numerosas dolencias. Kobasa (en Smith, 1985) caracterizó a los individuos afrontadores" como saludables y resistentes. Se encontró que los sujetos resistentes poseen un compromiso más fuerte para consigo mismo, una actitud más

vigorosa hacia el medio ambiente, un sentido y significativo de la vida, y un locus de control interno. Hinkle y Mechanic (en Smith, 1985) reportaron que los individuos afectados por altas tasas de incidencia de enfermedades tanto en frecuencia como intensidad y acción de tiempo, percibieron su ambiente como demante, frustrante y un desafío a su propia auto estima.

Similar al informe reportado por Kobasa acerca de la importancia del valor o vigor de los sujetos, Janis y Rodin (en Smith, 1985) han postulado que el incremento en el control de la percepción puede conducir a un mejoramiento de las estrategias de afrontamiento del estrés.

Autoconcepto de sí mismo. Otro de los mediadores internos del estrés es el concepto de sí mismo que presentan los individuos. En general, los investigadores han teorizado que los negros presentan un auto concepto (concepto de sí mismo) más bajo, porque ellos mismos internalizan a la mayoría de los miembros odiados por ellos mismos (Kardiner y Osevey, 1951). Sin embargo, McCarthy y Yacony (1971) sostienen que el concepto de sí mismo de los negros, en realidad, es positivo. El grupo de referencia que la gente negra para juzgar su valor de sí mismo es negra más que blanca.

Un estudio anterior realizado por Parker y Kleiner (1966), brinda apoyo a la posición sustentada por McCarthy y Yacony. Parker y Kleiner (1966) establecieron que los sujetos negros que padecían de trastornos mentales, se evaluaban a sí mismo por debajo del grupo de referencia que se consideraban mentalmente sanos en la comunidad. Finalmente los mismos autores concluyen que los sujetos negros tenían altos niveles de estrés, vinculado o asociado con las metas y esfuerzos (aspiraciones) y que ellos mismos compararon con el grupo de referencia considerado anteriormente por ellos sobre un criterio y estatus dado.

Hipótesis sobre la cultura, raza y eventos estresantes. A continuación se presentan las hipótesis que relacionan los eventos de la vida considerados fuertemente estresantes, su interacción con las variables raza y cultura y su asociación con la psicopatología que afecta a los individuos perteneciente a una determinado grupo étnico y características culturales. En el cuadro de la pag. 81, se presenta el esquema gráfico de las hipótesis que resulta ser una modificación del original presentado por Dohrenwend y Dohrenwend (1981).

1.- Hipótesis de las víctimas o de victimización. Esta hipótesis se basa fundamentalmente en los desastres naturales, los combates en la guerra, los bombardeos, las víctimas de los campos de confinamiento o prisiones en campos de concentración y exterminio, las víctimas de la represión y la tortura impuesta por gobiernos dictatoriales. La idea fundamental es que el individuo tiene poco o absolutamente nada de control sobre los acontecimientos que se le presentan. Estos acontecimientos resultan en sí fuertemente estresantes y la frecuencia y/o intensidad de los mismos producirá una acumulación de altos niveles de estrés que conducirán ineludiblemente a la psicopatología (Fig 2.1 parte A).

2.- Hipótesis de la exposición diferencial. (Fig. 2.1 parte B). El modelo postula que la raza constituye un fuerte estímulo estresor, o lo que es lo mismo, la pertenencia a un determinado grupo de minoría étnica, -en un contexto de mayoría dominante- constituye un acontecimiento fuertemente estresante que a su tiempo conduce a la psicopatología.

La suposición subyacente a esta hipótesis es que las experiencias de la vida cotidiana que experimentan los individuos de niveles socio económico más bajos son más propensos a quedar expuestos al estrés inducido por los eventos y que están constituidos por sus propias experiencias diarias que experimentan las clases medias. Los miembros de grupos minoritarios tienden a tener un número relativamente mayor de estos eventos cotidianos indeseables que la mayoría de la población norteamericana tiene a causa de la discriminación y segregación racial. Estos fenómenos sociales constituyen un evento y experiencia de vida fuertemente estresante para los individuos perteneciente a una minoría étnica que los deja expuestos a un alto y desproporcionado riesgo de trastornos psicopatológicos.

3.- Hipótesis de la vulnerabilidad. La suposición subyacente de esta hipótesis es que las predisposiciones y las condiciones sociales amortiguan las relaciones entre los acontecimientos de vida fuertemente estresantes y la psicopatología o funcionamiento mal adaptativo. Se podría colocar a tales factores como estímulos estresores por razones de la condición racial y el estatus socio económico del sujeto, así como el sistema de apoyo social bajo la categoría de "condiciones sociales". Los sujetos que han tenido una historia clínica con antecedentes de trastornos mentales y provienen de minoría étnicas, al mismo tiempo bajo nivel económico, poco o nada de apoyo social o apoyo instrumental (apoyo económico), son altamente vulnerables a los trastornos mentales.

4.- Hipótesis de la carga adaptativa Esta hipótesis difiere de la hipótesis de vulnerabilidad en el sentido de que más que amortiguar o moderar el impacto de los eventos estresantes, las condiciones sociales y personales hacen una contribución independiente y causal para el desarrollo de la psicopatología (Dohrenwend y Dohrenwend, 1981). Esto constituye la disposición personal del individuo que (queriendo señalar con esto a los mediadores de estrés del sujeto, tal como el locus de control, imposibilidad de aprendizaje, el concepto de sí mismo, trastornos mentales previos) influirá directa o indirectamente en el grado en que aquella persona desarrollará psicopatología. Lo mismo puede decirse de las condiciones sociales prevalecientes.

5.- Hipótesis de agobio crónico. Esta hipótesis niega cualquier papel específico de los acontecimientos de vida fuertemente estresantes; en su lugar postula que las disposiciones personales estables adversas de manera crónica, como también las condiciones sociales prevalecientes conducen a la psicopatología. Ningún acontecimiento de vida estresante en este contexto es importante. La hipótesis en cuestión parece o puede describir bien algunas de las situaciones de vida de los miembros de grupos raciales minoritarios quienes pertenecen a clase sociales más baja.

Algunos investigadores han intentado integrar los conceptos teóricos acerca del proceso de estrés de vida general con conceptos de etnicidad y cultura. A continuación se presentan las ideas matrices de este marco. El punto de partida es el enfoque de los niveles de identidad. La postulación teórica fundamental del acontecimiento subyace a los tres niveles de identidad de cada persona (Smith, 1985). Estos niveles se definen como:

- 1.- el individuo o nivel de idiosincracia de identidad -aquella parte del individuo que lo hace único, o diferente de los 70 billones que habitan la tierra-
- 2.- el nivel de grupo de identidad que consiste de grupos de aspecto compartido de la identidad del sujeto, por ejemplo la identidad étnica, cultural o profesional.
- 3.- el nivel panhumano, el cual se enfoca en los aspectos compartidos universalmente de la identidad del sujeto.

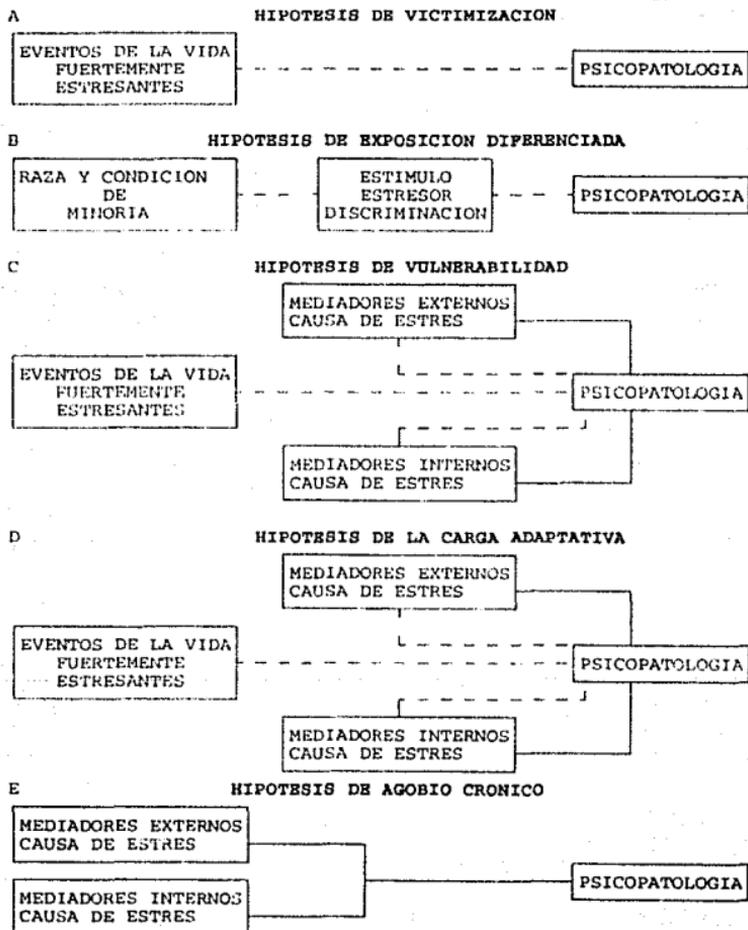
El estrés o tensiones que el individuo experimenta pueden darse en cualquiera de los tres niveles de identidad mencionados. Como ejemplo a nivel individual el estrés o tensiones pueden estar o se manifiestan latentes cuando el individuo intenta realizar sus propios sueños y aspiraciones (o reactivar los mismos). A nivel grupal la raza puede presentarse como un fuerte estímulo estresor (lo mismo que la pertenencia a determinados grupos religioso/culturales). Las expectativas culturales de un grupo también tienen una influencia sobre el nivel de estrés que el individuo experimenta dentro de su comunidad, al sentir las presiones de su propio grupo, de sus amigos, o de sus familiares para no ser asimilado o aculturado desde el punto de vista de los valores culturales de la cultura mayoritaria.

La asimilación a cualquiera otra cultura implica alguna medida un nivel de estrés para los individuos, por cuanto hay un desplazamiento del grupo de referencia que durante un tiempo fue muy importante para la conservación de la propia identidad, asimilación que conlleva a la exteriorización de trastornos físicos y/o psicológicos que inducen a una mal-adaptación.

En este contexto hay que resaltar que cada cultura o subcultura tiene su propio barómetro para medir el estrés de cualquier acontecimiento estresante y cada cultura tiene un modo característico de responder a los estímulos estresores. La premisa fundamental es que la identidad étnica sirve como punto de referencia en la contienda con el estrés. En suma, la etnicidad no tiene el mismo impacto sobre todos los miembros de un grupo étnico. Dentro de cualquier grupo étnico dado, existen diferentes niveles de identidad étnica (eticidad). Estos niveles influyen en la forma que utiliza membrecía del grupo étnico como punto de referencia, tanto para observarse como para afrontar los eventos estresantes.

Además, se observan diferencias entre los grupos en la manera de responder a los estímulos estresantes. Cada grupo étnico tiende a desarrollar características, estilos y maneras de responder a los eventos estresantes de la vida. Hay formas en los patrones culturales de respuestas para examinar y afrontar los estímulos estresantes. El concepto de las formas de los patrones culturales de respuesta a los estímulos estresores puede dilucidar por qué un grupo étnico podrá evidenciar respuestas psicopatológicas más fuertes y otro tenderá a manifestar diferente tipo de patología.

Figura 2.2. Hipótesis de los eventos estresantes de la vida,
Adaptado de Dorhenwend y Dorhenwend, 1981 (en Smith, 1985).



2.5 FACTORES PSICOSOCIALES Y ENFERMEDAD.

Los datos y la información con que se cuenta hoy en día acerca de la acción de los factores psicosociales sobre el individuo como inductor de la enfermedad proviene de los países que han alcanzado un alto grado de desarrollo social y tecnológico. Como ejemplo se debe mencionar a Suecia y los EE. UU. de Norte América. Estos factores pueden tener una influencia o efecto positivo y también negativo. El primero se manifiesta a través del propio desarrollo y bienestar alcanzado incluyendo la calidad de vida.

Tanto en Suecia como en los EE. UU., se disponen de datos estadísticos fehacientes y exactos acerca de los factores psicosociales y su acción negativa sobre el individuo. A pesar del alto grado de desarrollo social alcanzado por ambos países, especialmente Suecia, las respuestas al estrés psicosocial presentan cifras estadísticamente significativas. Las cifras de que se disponen de Suecia son producto de estudios longitudinales realizados en periodos de tiempo espaciados para realizar estudios comparativos. Los datos más recientes de que se disponen son los realizados en el año 1960 y 1974 en una muestra poblacional de 15-75 años, se encontró que uno de cada tres suecos en alguna ocasión habían presentado o mostrado algún trastorno mental que va desde el cansancio general permanente, estados nerviosos, hasta dificultades para conciliar el sueño; las cifras no varían significativamente de 1960 a 1974, a pesar del aumento considerable en el bienestar material y la seguridad y protección social.

En cuanto a los datos e información de prevalencia de trastornos mentales en los EE. UU., se han obtenido de los estudios en la población total usando distintos criterios de diagnóstico, y muestran que la incidencia de trastornos en la salud mental persistente e incapacitante en la población de 3-5 años fluctúan entre 5 y 15%. Estos diagnósticos incluyen trastornos emocionales, trastornos conductuales y se incluyen también retraso en el desarrollo psicológico. El abuso es el problema mayor de salud social física y mental en los EE. UU. con un alto costo social y económico.

De acuerdo con el reporte de la Comisión Presidencial del Gobierno de los EE. UU. (Levi, 1971), hay nuevas evidencias de que alrededor del 15% de la población norteamericana necesita en cualquier instante algún tipo de atención en salud mental. Se estima que cerca del 25% de la población padece desde leve a moderada depresión, angustia y otros indicadores de trastornos emocionales, variando la composición de este grupo a través del tiempo. Aunque la mayoría de estos problemas no constituyen trastornos mentales convencionalmente diagnosticados, muchos de los sujetos sufren intensamente

y buscan ayuda en la familia, amigos o profesionales ajenos al sistema de salud mental, constituyendo un segmento importante de población que demanda una atención médica psiquiátrica primaria en los EE. UU.

Los denominadores comunes que subyacen en la inducción de los trastornos por causas psicosociales son: la discrepancia entre las necesidades humanas y la posibilidades del medio para su satisfacción; la discrepancia entre la capacidad del ser humano y las exigencias de medio ambiente; y las discrepancias entre las expectativas del ser humano y la situación que percibe. Tales discrepancias son comunes en tiempos de carencia o excesos ambientales, cuando hay un conflicto entre los roles sociales, o cuando el cambio social es rápido y no existen las reglas de conducta generalmente aceptada. Como ejemplo se puede mencionar el fenómeno de la migración rural hacia la gran ciudad. Las transformaciones sociales son hechos particularmente apropiados para inducir tensiones que resultan nocivas para el individuo, especialmente cuando son experimentadas por primera vez (eventos estresantes de Dohrenwend y Dohrenwend, 1981), especialmente cuando no existe la protección cultural o natural disponible tales como la gestación y crianza, roles masculinos y femeninos, relaciones y vida familiar, condiciones de trabajo, comunicación del individuo con la clase dirigente. Estos cambios constituyen en sí una situación de riesgo. Estos cambios están influenciados o influyen en fenómenos tales como, el crecimiento poblacional; la urbanización, la industrialización, la contaminación ambiental, la distribución desigual de los recursos, y la escasez de alimentos, trabajo, y vivienda. En este mismo contexto cabe mencionar el fenómeno de la migración como situación psicosocial de alto riesgo para el individuo.

LEVY Y LAGAN (1975) DESARROLLARON UN MODELO TEÓRICO DE LOS MECANISMOS QUE OPERAN EN LA INDUCCIÓN DE ENFERMEDAD PSICOSOCIALMENTE.

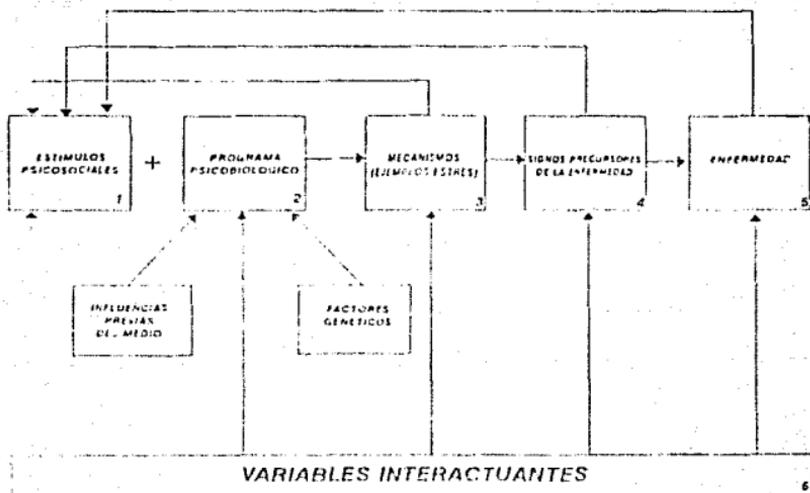


FIGURA 2.3

El efecto combinado de los estímulos psicosociales (1) y del programa psicobiológico (2) determina los mecanismos de reacción fisiológica (3) como por ejemplo el estrés (tensiones), de cada individuo. Estos pueden en ciertas circunstancias conducir los síntomas precursores (4) y hacia la enfermedad (5). Esta secuencia de suceso puede ser puesta en marcha o contrarrestada por variables interactuantes (6). La secuencia no es un proceso en una sola dirección, si no que constituye parte de un sistema de cibernético con retroalimentación continua.

2.6 Concepto de Salud Física.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) conceptualiza la salud en los siguientes términos: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental, y social, y no solamente la ausencia de enfermedad". "El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social". "La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y los estados" (Documentos Básicos, pag. 3. 1990, Organización Mundial de la Salud, Ginebra Suiza).

La conceptualización de la salud en estos términos tiene una gran implicación en el fenómeno de la migración por los profundos cambios que experimenta el individuo y los efectos a corto y largo plazo que va experimentando en el transcurso de su vida. Efectos que pueden inclusive prolongarse durante todo el trayecto de su vida.

Los estudios e investigaciones sobre la incidencia en el estado de salud mental de los individuos sometidos a la experiencia de la migración se iniciaron con Ödengård (1932). Los resultados obtenidos lo llevaron a concluir y sostener una hipótesis de "selección", o "hipótesis de segregación" y que sin mencionarlo estaba apuntando en el sentido Darwiniano de la selección natural y que ineludiblemente es la presión física y social proveniente del medio ambiente y que tarde o temprano el individuo debe afrontar para sobrevivir (estrés o tensiones psicosociales).

Más tarde Malzberg (1962) y otros investigadores llegó a las mismas conclusiones de Ödengård. La II Guerra Mundial proporcionó una gran cantidad de literatura de la investigación realizada en todas las categorías de inmigrantes que fueron consecuencias de la guerra misma. Después de los estudios de Ödengård y Malzberg se ha venido aceptando cada vez con mayor soporte científico que la salud mental está vinculada a los impactos que la migración produce. Impactos que son provocados por los eventos conceptualizados como fuertemente estresantes e inherentes al proceso mismo de la migración (Pearlin, Lieberman, Menaghan y Mullen, 1981).

Gran parte de las investigaciones han estudiado la asociación global entre el estrés producido por la migración y los problemas psicológicos que exterioriza el individuo y que inciden directamente en la salud mental de ellos. Este tipo de investigación se centró fundamentalmente en el impacto acumulativo del estrés del inmigrante y opera con el supuesto de que el estrés de la migración es unitario, pero descuida la intensidad jerárquica de varios estresores y su impacto diferencial en salud de los inmigrantes (Magwaza, 1985).

Para abordar este hecho, Roskies, y Col., (1975), y Schleifer, y Cols., (1979), retomaron la postulación original de Holmes y Rahe (1967) para identificar la naturaleza de los estresores de la migración y su impacto variable sobre el individuo. Este abordaje se basa en el supuesto de que múltiples acontecimientos de la vida y cambios que los mismos inducen son estresantes, y requieren reajuste y adaptación de parte del individuo. Aún más, esos eventos de la vida llevan diferente peso con respecto al grado o nivel de estrés asociado y la subsecuente susceptibilidad o riesgo para enfermar (Magwaza, 1985).

Por lo tanto, De acuerdo con Holmes y Rahe, la vulnerabilidad de los individuos a las enfermedades depende no solamente del número de eventos, sino también de la intensidad del estrés asociado con el evento porque cualquier evento puede implicar uno o más cambios en la vida. La utilidad de esta postulación reside en el hecho de que cuantifica el estrés percibido de un acontecimiento, por lo tanto provee información detallada acerca de los efectos de eventos específicos en grupos de individuos.

La propuesta original de Holmes y Rahe (1967) de los eventos de la vida es una herramienta útil para conceptualizar los estresores de la migración (Pearlin, 1981) y las reacciones psicológicas que devienen vinculadas al estrés. Al mismo tiempo permite identificar también estresores específicos de la migración y su impacto particular en la salud mental de los inmigrantes. Como con el estrés de la migración, la mayoría de las investigaciones se han centrado en el funcionamiento psicológico global, pero han tendido a no tomar en cuenta que el estado psicológico global (o total) representa una constelación de muchas variables o actividad psicológica que tienen una influencia variable en la conducta de los inmigrantes (Magwaza, 1985), y que resulta determinante para el reasentamiento en el nuevo entorno.

De acuerdo con las postulaciones de Holmes y Rahe (1967); Dorhenwend y Dorhenwend (1981); Pearlin, Lieberman, y Cols., 1981); Kuo, 1976; Muphy, 1977, la migración se conceptualiza y se acepta como un proceso fuertemente estresante que implica cambios profundos que comprometen el equilibrio físico y/o psicológico del individuo.

La experiencia de migración implica para el individuo una sucesión de pérdidas que van desde los vínculos familiares, vínculos de parientes y amigos que componen la red social de contactos y representan el circuito de retroalimentación afectiva de que dispone el individuo. Pérdidas que en términos psicoanalíticos implican un "duelo", que debe ser elaborado. En la misma sucesión de pérdidas, se encuentra la pérdida del propio contexto cultural que es el parámetro más importante, porque en este ámbito yacen los puntos referenciales (normas valores, símbolos y la propia ideología) del funcionamiento psicológico y sociológico del individuo, en el cual también se siente reconocido e identificado con el mismo.

La pérdida de este contexto deja al individuo por espacio de un tiempo no definido en un estado de "desorganización", que de acuerdo al principio Darwiniano exige una ulterior "reorganización", y que pese a todo, no todos logran (Grinberg y Grinberg, 1984). De este modo se está apuntando hacia el proceso de reasentamiento y adaptación de los inmigrantes.

La suma de estas pérdidas en la migración representan para el individuo una disvinculación con su contexto cultural de referencia que en términos psicopsicológicos se han denominado "desarraigo". El desarraigo se genera en cualquier tipo de migración, produciendo un amplio espectro de efectos psicopatológicos que han sido estudiados y caracterizados por varios autores, entre los más relevantes se encuentran los realizados por Pfister-Ammende y Zwiggmann (1973).

2.7 Estudios realizados.

La II Guerra Mundial, el término de la misma y las consecuencias que se derivaron de la misma proporcionaron un abundante material para el estudio de los efectos provocados por los desplazamientos masivos en los sujetos que debieron haber afrontado condiciones de estrés extremo, como son los sobrevivientes de los campos de batalla, los sobrevivientes de los campos de concentración y exterminio de la Alemania Nazi, la población civil que huyó para salvar su vida, el éxodo de ciudadanos de los países del

Este que no aceptaron las nuevas fronteras geopolíticas en que quedó dividido el mapa de Europa al término de la II Guerra y que fueron asentados en campos para personas desplazadas en Austria, Suiza e Italia, a la espera de ser reasentados en un tercer país, el flujo permanente de ciudadanos del Este hacia el Oeste a los cuales se les consideraba "refugiados políticos". el flujo continuo y permanente que se mantuvo desde el este europeo hacia el oeste hasta la caída del Muro de Berlín en noviembre de 1989.

Diversos autores se han abocado al estudio y análisis de los efectos producidos en el individuo que experimentaron las vivencias del estrés extremo como el ser sobreviviente de los campos de batalla o ser sobrevivientes de los campos de concentración y exterminio, de las personas asentadas en los campos para refugiados. En este contexto se deben mencionar a Pfister-Ammende, Zwiggmann, Eitinger, Pinter, Gaertner; Tyhurst, y otros que han estudiado los movimientos migratorios más recientes en otros lados del mundo como Fraser y Pecora (1985); Kuo (1976), Barudy (1982), Allodi (1979).

Pfister-Ammende (1973), estudió y analizó cualitativamente las patologías producidas por el fenómeno del desarraigo en una muestra de refugiados Ruso-Soviéticos asentados en Suiza y en los campos de refugiados desplazados en Alemania, Austria y Suiza. En este estudio se retomaron algunos de los hallazgos de la autora. Con respecto al grupo de refugiados, la autora encontró cuatro tipos de reacciones situacionales que caracterizaban a este grupo:

- 1.- Temor de persecución con la subsecuente tendencia a presentar cuadros de ansiedad, aun cuando el peligro ya no existe.
- 2.- Hipertrofia del instinto de conservación de sí mismo con un deterioro de los valores morales.
- 3.- Tendencia a permanecer adherido a ciertos valores de su propia cultura que en algunos casos se extrema y se transforma en una fijación.

La autora postula que estas cuatro reacciones situacionales que se presentaron en la muestra de refugiados rusos-soviéticos que habían huido, pertenecen según Kretschmer (en Zwiggmann, 1973), al grupo de reacciones de "fórmula instintiva". La reacción es física cuando es la vida la que se encuentra amenazada, y la reacción es mental cuando se encuentra involucrado el amor. Los individuos que reaccionan de esta manera se encuentran en un estado límitrofe (Borderline).

En cuanto a los hallazgos encontrados por la autora en los campos para refugiados y desplazados emplazados en Austria, Alemania y Suiza, éstas presentan algunas semejanzas con los trastornos que presentaban los sujetos que habían sido capturados y hechos prisioneros y luego confinados a encarcélamiento: presentaban una psicosis reactiva caracterizada por reacciones explosivas y de estupor. Vischer, (1918) acuñó el término "enfermedad de las alambradas".

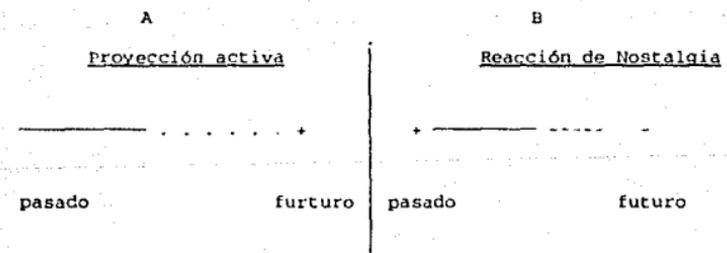
La autora explica los síntomas de esta neurosis traumática en función del hecho mismo del confinamiento y posteriormente a la estructura de personalidad del refugiado. "Define al refugiado como una persona mentalmente sana quien, a consecuencia de una fuerza externa, ha sido privada de sus familiares, bienes y pertenencias, por tal razón, los contornos de su personalidad han sido borrados o ablandados a como eran y su balance mental resulta inestable. Según Pfister-Ammende en Zwingmann, 1973). "Esta psicosis de confinamiento puede ser explicada en el nivel psicológico debido al enorme conflicto de excitación-inhibición (Pavlov) el cual varía de acuerdo con la personalidad del individuo afectado". Pfister-Ammende (1973), encontró que existen dos fases en el desarrollo de la patología que presentan los refugiados y desplazados en los campos de confinamiento: la primera fase caracterizada por la agresividad que presentan los sujetos proyectada en odio hacia personas y distorsión de los objetos. Esta primera fase está precedida en algunas ocasiones por estados depresivos iniciales. Pudiera ser que la agresividad no encuentra descarga en reacciones explosivas, ya sea por medidas coercitivas o de la ansiedad relacionada con dichos impulsos, y entonces encontramos reacciones regresivas de evitación tales como la psicosis hacia los contenidos relacionados con la oportunidad de huir y hacia personas. En tales casos el resultado está de acuerdo con el carácter de los sujetos y sus formas de reacción, estado de ansiedad, ideas psicogénicas de persecución, asociabilidad activa, enfermedades psicomáticas, negación del desarraigo y otras reacciones que son familiares para el psiquiatra.

La segunda fase de las reacciones psicopatológicas que aparecen en los refugiados en campos es la apatía. Pfister-Ammende la describe como un aplanamiento del ego, que no es solamente una inmovilidad muscular, sino un tipo de autodestrucción. La "tormenta del movimiento" (se ha vuelto una "ruptura del sistema nervioso el cual tiende a la inhibición" (Ivanow-Smolensky, 1928). Brun (Pfister-Ammende, 1973, pág. 8) cita este énfasis del autor sobre el fenómeno en el mundo animal: "muchos meses de descanso y cuidado son a menudo necesarios antes de que sea posible hacer algo con tales animales. En relación con los seres humanos llegan a esta condición agobiados por el confinamiento; fue difícil obtener cualquier resultado terapéutico, ellos forman la coraza de los habitantes del campo que han sufrido los daños más severos".

Zwignmann (1973), ha estudiado el problema de adaptación en una muestra de trabajadores huéspedes en Alemania y encontró que los individuos se encuentran dominados por un estado psíquico, aun los que ya tienen largo tiempo de residencia en el país, que él denominó "la reacción de nostalgia". El fenómeno de nostalgia puede ser definido: "como un simbólico retorno al o reinstitución psicológica de, aquellos eventos de la persona (real) pasada, y/o un impersonal pasado (abstracto, imaginario supuesto) pasado del cual obtiene una óptima gratificación".

La dinámica de la reacción de nostalgia puede ser mostrada como sigue:

FIGURA 2.4



La fig. 2.4 A muestra el curso psicológico hacia las actividades y metas gratificantes.

La fig. 2.4 B muestra la interrupción de este curso por el inusual cambio (por ejemplo separación) de la estructura gratificacional que es experimentada como un trastorno. Lo desconocido de la nueva situación causa una gratificación inversa, por ejemplo, la gratificación no es mas que un suspiro en el presente y en el futuro, pero en el pasado (por ejemplo, familia, objetos, personas e instituciones hacia las cuales las

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

actitudes individuales, antes de la separación, eran ambivalentes llegaron a ser frecuentemente en la fase de post separación, "queridas". Los rasgos de esta situación antes de la separación, permanecen inadvertidos, unido al primer plano de la percepción". (Zwiggmann, pág. 23, 1973).

Esta reacción de nostalgia significa que el individuo tiene sus pensamientos en su contexto cultural de origen y por sobre todo, mantiene una sobrevaloración o idealización del pasado y de las experiencias en su país de origen, al mismo tiempo niega los valores de la cultura del nuevo entorno. Esta actitud negativa hacia el país huésped hace difícil el control de los eventos de la vida. Zwiggmann encontró diez síntomas que frecuentemente aparecen en la conducta nostálgica:

- 1.- Disminución de la capacidad de trabajo.
- 2.- Temor a que le suceda algo, o que suceda a algún miembro de la familia
- 3.- Disminución de la capacidad de comprensión
- 4.- Sentimiento de culpabilidad (a menudo en relación con la familia que quedo en el país de origen)
- 5.- Cansancio y pérdida de vitalidad.
- 6.- Aumenta la facilidad de dejarse influenciar, sensibilidad e irritabilidad, que a menudo se encuentra mezclada con tendencia paranoica
- 7.- Incapacidad de concentración
- 8.- Aumento del riesgo a contraer enfermedades y sufrir accidentes.
- 9.- Disminución de la capacidad de tolerancia a la frustración.
10. Sensibilidad para la enemistad.

Zwiggmann postula que la reacción y conducta de nostalgia es una consecuencia de la incapacidad de los inmigrantes para manejar y estructurar la existencia en el nuevo país. La fijación de nostalgia significa una fuerte adherencia al pasado de tal intensidad que el individuo resulta incapacitado para funcionar adecuadamente. La conducta nostálgica es un factor que dificulta el reasentamiento y la adaptación al nuevo entorno social.

Anteriormente Tyhurst (1950) había estudiado a un grupo de refugiados políticos y de los campos para refugiados desplazados por la guerra provenientes de diversos países de Europa del Este entre los cuales se encontraban bálticos, polacos, checos, ucranianos, eslovacos y rumanos, que habían sido reasentados en Canadá. El autor realizó profundas entrevistas con el grupo que no había sido internado o que hubiera solicitado apoyo psiquiátrico de cualquiera naturaleza. A este grupo lo denominó "normal". Luego entre sus hallazgos pudo constatar que este grupo presentaba el mismo tipo de reacciones y respuestas conductuales que los que habían solicitado atención psiquiátrica.

La primera fase del estudio abarcó a aquellos refugiados que tenían alrededor de dos meses de estancia en el país. El autor constató los siguientes tipos de reacciones y respuestas:

- 1.- Un sentimiento subjetivo de bienestar que se puede describir como eufórico
- 2.- Una tendencia de aumento de la actividad psicomotriz para deshacerse de la angustia y las tensiones inherentes al proceso mismo de migración
- 3.- Un limitado interés por el nuevo ambiente que sólo estaba dirigido a satisfacer las necesidades fundamentales inmediatas como la comida, sueño, tranquilidad y seguridad
- 4.- Una tendencia a ventilar y desahogar las experiencias de guerra, aumentando gradualmente la amargura porque nadie podía comprenderlos

Los individuos durante este período vivieron principalmente sumergidos más en el pasado que en el presente o el futuro. Esta actitud se puede describir como de huida. Después de seis meses de residencia aparecieron los primeros trastornos mentales. El autor encontró tres tipos de diferentes de trastornos mentales:

- 1.- Recelo, suspicacia con tendencia paranoica.
- 2.- Angustia y depresión.
- 3.- Enfermedades psicosomáticas.

Eitinger (1973), a través de sus investigaciones y estudios de los sobrevivientes de los campos de concentración y exterminio que mantuvo el régimen de la Alemania Nazi durante la II Guerra Mundial, describe la naturaleza de las secuelas en los individuos que sobrevivieron a las condiciones de estrés extremo, la caracterización de su sintomatología, y la identificación de los factores asociados en la situación de estrés sin límites que causó tan grande morbilidad y mortalidad.

El estudio y los hallazgos de Eitinger están basados en una muestra, prácticamente única de los únicos sobrevivientes de los campos de exterminio contra la etnia judía que funcionaron desde algunos años antes del comienzo de la II Guerra Mundial, hasta el término de la misma y la liberación de los prisioneros que sobrevivieron al genocidio más grande de los tiempos modernos.

La muestra de estudio estaba formada por judíos de origen noruego nacidos en diferentes puntos del país y judíos de diferentes países de Europa del Este (Polonia, Checoslovaquia, Hungría y Alemania) que habían emigrado a Israel antes de 1948. Los israelíes que habían sido hechos prisioneros, se les había despojado de todos sus bienes y recibieron un trato psicológico brutal, en tanto que el grupo de judíos de origen noruego, se puede decir que eran prisioneros privilegiados dentro de los campos pues las vejaciones fueron menores.

A diferencia de los israelíes, los Noruegos antes de su arresto habían llevado una vida normal dentro de un marco de relativa seguridad con adecuada nutrición. Ellos habían sido arrestados por lo que habían hecho (luchar contra el régimen de la Alemania Nazi) y no por lo que ellos eran. La mayoría sufrió sus más grandes experiencias de tensiones y estrés severo en el período entre el arresto y la entrada a los campos de concentración. Por otra parte este período fue de importancia secundaria para los israelíes. En los campos de concentración los noruegos estaban expuesto al mismo tratamiento que los israelíes, pero para ellos el confinamiento no se vinculaba a la explotación ni al aniquilamiento final como lo era para los israelíes. Los noruegos no estaban sometidos a las mismas condiciones de severo estrés mental como lo estaban los israelíes, tal como el total aislamiento del mundo exterior y de sus familiares y con la información de que ellos habían sido muertos. Los noruegos estaban bajo las mismas condiciones severas que imperaban en el campo de concentración. La gran diferencia, se dio después de la liberación de los pocos sobrevivientes de los campos, cuando los noruegos regresaron a sus respectivos lugares en el país de origen, la mayoría se integró a una vida normal,

mientras que los israelíes habían perdido su hogar y la red de vínculos sociales, pues habían emigrado a Israel y se encontraban totalmente aislados.

Por consideraciones metodológicas, Eitinger dividió a ambos grupos en tres subgrupos que presentaban diferente grado de trastorno asociado a la experiencia común de haber estado en campos de concentración. En la Fig. No. 2.1, se presentan los tres subgrupos en cada uno de los grupos de estudios.

Cuadro No. 2.1 DISTRIBUCION DE LOS GRUPOS Y SUBGRUPOS Y LOS PORCENTAJES DE TRASTORNOS POR EXPERIENCIAS DE GUERRA			
Grupos	Subgrupo	No. de casos	Experiencia de guerra
Noruego	Clínico	96	54 %
	Conjunto	152	80 %
	Control	80	--
Israelíe	Psicótico	104	60 %
	Neurótico	92	72 %
	Control	66	84 %
Total		590	

El grupo clínico estaba formado por pacientes que habían sido hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Oslo por diferentes dolencias psicológicas que los afectaban. La historia clínica fue completada con datos e información proporcionada por parientes y conocidos. Los pacientes fueron sometidos a exámenes físicos de rutina y pruebas de laboratorio, incluyendo pruebas psicológicas, electroencefalograma y consulta por especialista cuando el caso así lo requiera.

El segundo grupo denominado de conjunto estaba formado por pacientes que habían sido examinados por el Consejo Médico de 1957, que al tiempo de la investigación habían abandonado la lucha e la vida cotidiana. La mayoría había pasado por condiciones muy severas y difíciles durante el confinamiento en los campos de concentración. Lo característico de este grupo era que sus dolencias eran difusas no aparecían cambios somáticos claros, las evaluaciones de los médicos eran tan variadas como heterogéneas. En este grupo de control se enfatizaron los aspectos somáticos y sociales, siendo el psiquiatra uno de los especialistas que atendieron a los pacientes.

El grupo de control noruego estaba formado por individuos aparentemente sanos y robustos y que también habían pasado por la experiencia de los campos de concentración de los alemanes. Desde su liberación, se encontraban con buen empleo y sólo habían sido afectados por las enfermedades recurrentes (comunes). Fueron también sometidos a una entrevista psiquiátrica detallada en función de un cuestionario elaborado con base en las experiencias de prisioneros de los campos de concentración.

El mismo cuestionario fue utilizado para entrevistar al grupo israelí; no hubo disparidad de historia clínica, pero tampoco hubo refuerzo de información por parte de familiares. Los exámenes físicos y de especialistas no fueron usualmente necesarios en este grupo (grupo de control).

Al primer subgrupo dentro de la muestra de israelí el autor la denominó grupo psicótico y estaba formado por pacientes en estado psicótico que al mismo tiempo estaban hospitalizados en hospitales psiquiátricos israelíes y que habían pasado por la experiencia de los campos de concentración. El segundo subgrupo, denominado neurótico, estaba formado por pacientes que concurrían a hospitales a consulta externa, usualmente durante un largo período (varios años) y algunos habían ingresado a los departamentos psiquiátricos. Las historias clínicas contenían amplios y detallados informes de sus experiencias. Todos habían pasado por exámenes psicológicos, y en algunos casos, cuando las circunstancias lo requerían, se incluía electroencefalograma. Las experiencias de guerra fueron la base para la información del mejor cuadro del estado de los sujetos.

El subgrupo de control israelí estaba formado por individuos que también -al igual que los noruegos-, aparentemente sanos, estaban asentados o eran residentes de los kibbutzim, (especie de ranchos o haciendas colectivas), muchos de los cuales habían pasado por la experiencia de los campos de concentración. Las condiciones especiales de vida del kibbutz ayudaron a excluir un número apreciable de malas interpretaciones, las cuales de otra manera podrían haber sesgado el material de estudio. El único factor común

entre los seis subgrupos era que todos habían pasado por la experiencia de los campos de concentración. La duración del confinamiento, su severidad, las torturas y enfermedades sufridas durante el cautiverio variaron de grupo a grupo. El punto de partida de cualquier modo, no era qué tanto, o qué tan poco había sufrido o soportado cada uno de los miembros en particular, sino su situación física y mental al momento de la investigación.

Con respecto a antecedentes retrospectivos de los israelíes, estos habían vivido bajo circunstancias sociales y económicas más bajas que los noruegos y su nivel de educación y capacitación era considerablemente más bajo que el de los noruegos, que era el estándar de vida predominante en los países de Europa del Este al momento del estallido de la II Guerra Mundial.

El autor de este estudio reunió algunos de los antecedentes psicológicos retrospectivos de los individuos de ambos grupos, encontrando rasgos hereditarios, rasgos de personalidad premórbida, adicción alcohólica y trastornos mentales previos marcadamente frecuente en los tres subgrupos israelíes. En tanto que en los subgrupos noruegos estos mismos antecedentes aparecían sólo en el subgrupo clínico y el de conjunto (subgrupo 1-2), siendo el subgrupo clínico el que tenía el mayor porcentaje de estos antecedentes y era también el grupo que incluía a la mayoría de los pacientes con historias clínicas y con personalidad desviadas premórbidas.

En lo que se refiere a los hallazgos de Eitinger, se puede decir que: la mayoría de los prisioneros (noruegos) con dos o más años de cautiverio, se encontraban en el subgrupo denominado de conjunto, mientras que la minoría se encontraba en el subgrupo de control. La mayoría de los prisioneros que habían sido torturados severamente y había sufrido heridas en la cabeza se encontraban en el subgrupo de conjunto. En tanto que la pérdida de peso, con la apariencia de esqueleto viviente, se presentaba en todos los subgrupos israelíes y en el subgrupo de control noruego. El subgrupo de conjunto noruego tuvo la mayor incidencia de enfermedades durante el confinamiento, debido probablemente al hecho que los individuos de este subgrupo estuvieron expuestos a situaciones de estrés más severos, pero tenían una mayor capacidad de afrontamiento, mientras que los prisioneros israelíes no fueron capaces de sobrevivir a estas condiciones.

Con relación a las situaciones de estrés mental a la que estuvieron sometidos los diferentes subgrupos de estudio, el autor afirma que es también el subgrupo noruego de conjunto el que presentó la alta tasa de incidencia, le sigue también el grupo noruego de control, mientras que el interés mental de todos los subgrupos israelíes resultó incomparable, por cuanto ellos tenían un peligro real de muerte a cada instante (Eitinger, 1973).

Al término de la II Guerra Mundial solamente entre el 10-20 % de los israelíes tenían más de dos miembros vivos de sus familias y entre el 75-80 % eran los únicos sobrevivientes de sus familias. No existía un solo israelí que no hubiera perdido cuando menos a uno de sus familiares.

La importancia psicotraumática contenida en estos hechos resulta difícil de evaluar. Numerosos reportes sobre estrés atribuyen un grado de significancia de la función protectora de la familia en situaciones de desastre. Hill y Hansen (1962), en sus investigaciones y estudios concluyeron y postularon que una familia tiene más resistencia y está mejor equipada para afrontar eventos de desastres cuando ésta permanece intacta, que cuando sus miembros se encuentran dispersos (Eitinger, 1973).

A través de los estudios antropológicos de Zborosky y Herzog (1962), se analizó y se demostró que la cohesión familiar resulta ser más importante para las familias israelíes que para las familias de los países europeos. La desintegración total de la comunidad y de la cohesión del núcleo familiar podrá afectar fuertemente al individuo y aumenta su recelo e indefección (Eitinger, 1965, en Zwiggmann, pág. 185, 1973).

Los hallazgos y resultados de la investigación de Eitinger en los sobrevivientes noruegos e israelíes parecen demostrar que cierta cantidad de estrés mental, tal como al que estuvieron sometidos y expuestos los subgrupos noruegos, no provocaron el mismo efecto a los israelíes que a los noruegos. A los primeros parece no haberles afectado en el mismo grado las situaciones de estrés mental en lo que se relaciona con los efectos del rompimiento de la personalidad ni desapareció la habilidad de pertenencia social al grupo y pudieron desarrollar la personalidad en una dirección positiva, que se refleja en el incremento del deseo de ayudar al prójimo. Por otro lado, cuando el estrés mental rebasa la resistencia individual y destruye las normas y valores sociales del individuo, tal como le sucedió a los israelíes, a muchos de los integrantes del subgrupo de conjunto noruego, se provocaron cambios profundos en la estructura de la personalidad, los cuales en muchos casos, resultaron ser irreversibles. Por otro lado, no hubo consenso uniforme dentro del grupo israelí acerca de la razón del porqué los individuos habían sido

capaces de sobrevivir. De cualquier forma, la mayoría de los casos psiquiátricos tendieron a atribuir su supervivencia más al azar que otros sobrevivientes que se inclinaban a sostener su supervivencia a la ayuda interpersonal.

Debido a la posición prácticamente privilegiada que el grupo noruego había tenido en el campo de concentración (en comparación con los israelíes) aparecieron en este grupo sentimientos de culpabilidad y que en raros casos resultó ser causa de derrumbamiento durante los fuertes interrogatorios que debieron soportar y otras pruebas similares. En tanto que los sentimientos de culpa entre los israelíes variaba desde las razones más irracionales, hasta las muy concretas. El hecho de la carencia de una resistencia activa a la opresión fue considerado como un hecho fundamental y en muchos casos se pensó que esto estaba básicamente vinculado a sentimientos neuróticos de culpa, especialmente porque este hecho llegó a ser discutido públicamente.

Entre la sintomatología presente o que se presentó en los sujetos sobrevivientes, se ha puesto énfasis en el llamado "síndrome del campo de concentración", o "síndrome KZ" (Kamp Zindrome), que son las secuelas del estrés sin límites físico o mental a que estuvieron sometidos los confinados en estos campos (Helweg-Larsen, et al, 1949; Herman y Thyghesen, 1954; Targowla, 1950, 1954) y que se caracteriza por la exteriorización de cuadros clínicos psicopatológicos y neuropsiquiátricos:

- Estados depresivos y diferentes grados
- Disturbios emocionales
- Estados de astenia
- Síntomas paranoides, los que se manifiestan en cambios y trastornos en la personalidad
- Miedo sintomático
- Trastornos en la interacción social
- Trastornos del sentido de sí mismo.

El síndrome del campo de concentración es considerado como el resultado de un daño orgánico que también alcanza al cerebro (Thygesen, 1979), por la acción del estrés severo, extremo y prolongado, que Eitinger (1973), ha denominado "Situación de estrés acumulativo". En este mismo contexto, Chodoff (1981), ha conceptualizado el síndrome del campo de concentración dentro del marco psíquico del individuo sobreviviente que incluye un núcleo de angustia, un estado meditabundo obsesivo, síntomas psicosomáticos, depresión y sentimientos de culpabilidad. Esta sintomatología apareció en el subgrupo de conjunto noruego que había permanecido por espacio de más

de dos años en los campos de concentración y había experimentado torturas y heridas en la cabeza (Eitinger, 1973).

Niederland (1968) fue otro de los investigadores que se dedicó a estudiar las reacciones y el comportamiento de los sobrevivientes de los campos de concentración, a través de los diagnósticos y tratamientos a una muestra de cerca de 800 sobrevivientes. Esto le permitió a este autor describir una entidad clínica con las mismas características y severidad del síndrome del campo de concentración y que denominó "síndrome del sobreviviente", porque ya no sólo incluía a los sobrevivientes de los campos de concentración sino también a las víctimas de la persecución y represión, caracterizado por la presencia y persistencia de síntomas múltiples entre los cuales sobresalen los cuadros de depresión crónica, reacciones de angustia asociada a la sensación y vivencia de una nueva persecución, pesadillas, insomnio, modificaciones en la personalidad con alteraciones en la propia identidad, prevalencia de somatizaciones provocadas por el estado de tensión crónica, como las enfermedades gastrointestinales, enfermedades cardiovasculares e infecciones debido a la disminución de la capacidad inmunológica (Eitinger, 1973).

De las observaciones derivadas del estudio e investigaciones sobre el trauma que es secuela del síndrome del campo de concentración (Helwig-Larsen, 1949; Hermann y Thygesen, 1954; Targowla, 1950, 1954); el trauma provocado por el síndrome de sobrevivencia (Niederland, 1968); las tempranas observaciones de Kardiner (1947) en los sobrevivientes de la II Guerra Mundial, que presentaban las mismas identidades clínicas que más tarde configuraron el síndrome del campo de concentración y del sobreviviente, se ha constituido el punto de partida que la Asociación Psiquiátrica Americana, en la nomenclatura oficial del D.S.M. III R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), ha denominado "trastornos de estrés posttraumático" (PTSD, Post Traumatic Stress Disorders), refiriéndose a un conjunto de síntomas que induce o le sigue como secuela a un trauma que rebasa la experiencia humana común de afrontamiento. Las características o rasgos esenciales de este síndrome son revivir o reexperimentar los hechos, es decir las situaciones de estrés extremo, a través de sueños y reminiscencias dolorosas, sueños y pesadillas, sentimientos de ser desmembrado o separado de los demás, pérdida del interés y la habilidad para realizar cosas que anteriormente resultaban gratificantes para el individuo, y problemas concernientes a su intimidad. Algunos sobrevivientes mostraban estados de alerta exagerados, dificultad para conciliar el sueño, y desconianza (recelo) (Beiser, 1990). Estas situaciones de tensiones crónicas determinan una labilidad física/psíquica del individuo en el sentido de que cualquier cambio o modificación en el nivel de tensiones (estrés) situacionales determina la pérdida del equilibrio que mantenía, tanto físico como psíquico, resultando así la enfermedad (Eitinger, 1971, 1981).

En la conceptualización y categorización de la sintomatología provocada por el estrés situacional severo que rebasa las condiciones humanas comunes y la propia capacidad de afrontamiento, como por ejemplo en los desastres naturales, como terremotos, accidentes de aviación, inundaciones, aluviones, etc., o los desastres causados por el hombre mismo, como las guerras, los bombardeos, el temor a un holocausto, el confinamiento a campos de exterminio, la tortura, quedan clasificados como fuertemente estresantes y "catastróficos" para el individuo por el "trauma" que le ocasiona. En este contexto se conceptualiza el "trauma" en los términos definidos por Laplanche y Pontalis (1985, pág. 417: "Acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por la intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos que provoca en la organización psíquica".

De acuerdo con lo expuesto por los autores del síndrome del campo de concentración; del síndrome del sobreviviente; de lo postulado en el D.S.M. III R (1988) y el propio concepto de trauma de Laplanche y Pontalis (1984); en muchos lugares de la tierra, en la hora presente, el individuo se encuentra sometido a estas experiencias de estrés extremo que llegan a los límites de lo catastrófico y que está reproduciendo los mismos efectos y secuelas descritos por los autores. Es el caso de la guerra y hambruna de Somalia, la guerra y el genocidio inter étnico religioso en lo que quedó después de la desintegración de Yugoslavia, la destrucción ecológica del Africa, la situación de América Latina, en especial del América Central, el terrorismo de Estado, como forma habitual y normal del ejercicio del poder político, la Insurgencia y Contra Insurgencia, la violación de los derechos humanos y el miedo psicosocial, son los factores principales del estado psicológico que puede llevar al individuo al límite de lo catastrófico.

Actualmente, se dispone de una muy abundante literatura sobre migración y el proceso de adaptación, especialmente provenientes de los países desarrollados, que por más de dos décadas, después del término de la II Guerra Mundial fueron los que estimularon la migración (Europa, Canadá, EE. UU. y Austria). Fundamentalmente, es abundante la literatura sobre el estado de salud y la psicopatología ya que aparece en el proceso de migración y que son los indicadores de la dirección que toma el proceso de inserción en el nuevo contexto social.

Todos estos estudios representan el estado del individuo o de los individuos en un momento determinado de su vida, lo que simbólicamente se puede representar como una fotografía "estática", que registró la impresión de un momento dado. Son muy pocos los estudios longitudinales que se han hecho con un mismo grupo a través de espacios de tiempo para ver o registrar las diferencias que ocurren, y poder determinar con hechos fidedignos y argumentar con base experimental el vector de la inserción.

Uno de los pocos estudios de que se dispone en este sentido es el de Pinter (1969), quien realizó un estudio psiquiátrico social de una muestra de refugiados húngaros asentados en Suiza provenientes de la revuelta de 1956 en Budapest. En su estudio longitudinal, el autor distinguió tres etapas diferenciadas en tiempo y características propias de cada una.

La primera fase la denomina el autor Fase de Fascinación o de Reminiscencia, que va desde la llegada hasta el tercer año de residencia en el país. Esta fase inicial de contacto se caracteriza por una actitud positiva hacia el país huésped (probablemente por sentirse seguros y haber dejado atrás los eventos que estaban viviendo), los sujetos mostraban un estado de alegría y buscaban las semejanzas con su país de origen; la actitud positiva los hizo identificarse rápidamente con la nueva gente, alcanzando un bienestar que anteriormente no conocían. Esto determinó que en esta primera fase vivieran un estado de euforia y con entusiasmo y fuerza, trataban de aprender lo más que fuera posible con la ambición de alcanzar un rol y status.

La segunda fase que diferenció el autor la denominó Fase del desembriague (Till nyktring = desembriagarse), la que también podría interpretarse como fase del despertar o fase de la deseuforización, que va del tercer al quinto año. Se caracteriza por el despertar que experimenta el individuo, y ahora aparecen las tensiones de los eventos de la vida cotidiana y con los problemas que implica ser minoría en un país altamente desarrollado y con diferencias ideológicas como las que presentaban Suiza y Hungría en la época de la guerra fría y del modelo de desarrollo propugnado por el bloque socialista. En esta etapa ellos aspiraban a ser tratados como los suizos, aparecen los problemas de discriminación tanto racial como social. En esta etapa aparecen los problemas psicopatológicos que dificultaban su inserción. Estaban conscientes del abismo que separaba a los suizos y ellos, se sentían pobres dentro de la riqueza.

Para algunos grupos el cuestionamiento de la propia identidad resultó ser un problema serio. En el mejor de los casos llegaron a ser suizos en su identidad, y en el peor de los casos no fueron ni húngaros ni suizos. Esto ocurrió principalmente en los

grupos de 20-40 años. Un tercer grupo no pudo solucionar y manejar los problemas de la vida y sus problemas de existencia llegaron a ser cada vez más serios por el aislamiento y la marginalización entre dos realidades socio culturales. En este sentido los húngaros se sintieron fuertemente desilusionados y presentaban respuestas psicopatológicas de conductas agresivas. En esta fase el individuo es cada vez más consciente del significado de su situación y de las dificultades que representa el idioma, las costumbres y los valores, del valor de las pérdidas. En esta fase se invierte la perspectiva del tiempo, volviendo al pasado, idealizando la niñez y el pasado (lo que Zwiggmann ha denominado reacción de Nostalgia).

La última fase el autor la ha denominado toma de conciencia y se extiende a partir del quinto año. En el peor de los casos, según el autor, esta fase no se alcanza, la mayoría quedan en estados intermedios. Muchos niegan su país de origen o más bien, su cultura, el curso de la vida no ofrece mayores perspectivas de crecimiento. La confusión que ocasionan las diferentes fases pasan en la última a una actitud contemplativa que conduce a su vez a estados depresivos y tendencia paranoica, desaparece la reacción y conducta de nostalgia, apareciendo en su lugar una nueva tendencia a ser diferente en la indiferencia y la anomia del ambiente, en el cual no se espera ninguna esperanza de cambio. Según el autor, existen dos procesos de adaptación que pueden correr o desarrollarse paralelos o divergentes, uno de carácter objetivo y el otro subjetivo. El primero corresponde a la adaptación externa al medio ambiente, en tanto que internamente el sujeto permanece siendo un extranjero. En este contexto, se habla de un falso arraigo (Pfister-Ammende, 1973), lo que específicamente corresponde a un desarraigo. El proceso mismo de arraigo se desarrolla a través de las etapas señaladas por el autor y comienza desde el momento mismo del primer contacto con el nuevo entorno y los primeros conflictos que éste provoca al individuo, que corresponde al choque cultural (Eisenstid, 1954; Oberg, 1960; Alund, 1979).

El concepto de adaptación psicológica de refugiados e inmigrantes, presentado hace más de cuatro décadas, ha sido aceptado ampliamente. Se desarrolla a través de una serie de fases o etapas previsible que han descrito y caracterizado diversos autores como Merloo, 1946; Pedersen, 1949; Thyhurst, 1951; Pinter, 1969; Adler, 1975. El modelo en general postula etapas o fases caracterizadas por los autores, en la que la primera siempre se caracteriza por un estado de euforia, sensación y vivencia de bienestar, Thyhurst (1951) en esta misma fase encontró una fuerte vinculación con el pasado, lo que en el estudio de Pinter corresponde al de la segunda fase "el despertar o la deseuforización". En la medida que transcurre el tiempo en el país huésped, se va desarrollando un estado de desilusión, que en muchos casos induce el riesgo de algún trastorno mental. Esta primera fase se puede extender desde la llegada misma, puede durar seis meses como hasta dos años, esto depende del autor, y del grupo estudiado. Beiser

(1990), ha cuestionado esta postulación en el sentido de que la mayoría de los grupos examinados eran pequeños y a la vez se encontraban bajo tratamiento psiquiátrico, Beiser cuestiona que el "arribo psicológico", el cual parece ser más un predictor de conducta que de reasentamiento.

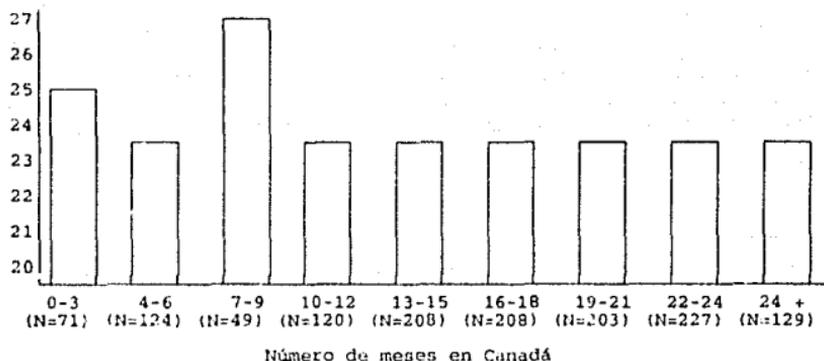
Las etapas de la angustia de los inmigrantes han sido estudiadas recientemente en una comunidad de refugiados provenientes del Sureste de Asia por Rumbaut (1985, 1988), reasentados en San Diego (EE.UU.), los niveles de trastornos mentales en un período entre 12-18 meses eran más altos que en cualquier época antes o después de la llegada.

Desde 1981, la Universidad de British Columbia de Canadá, viene dirigiendo el proyecto de investigación longitudinal del proceso de adaptación de los refugiados procedentes del Sureste Asiático, asentados en Vancouver y sus alrededores, principalmente de los desplazados de la Guerra de Vietnam, compuesta por una muestra de 1348 individuos de origen chino, cantonés y vietnamita, eventualmente localizados en un barco en aguas internacionales, bajo condiciones muy precarias y de hacinamiento (1 m² por persona). Se les denominaba refugiados del barco y estaban a la espera de que un tercer país les concediera asilo. La crisis que experimentaron se denominó "crisis de los refugiados del barco" (Beiser, 1990). La primera fase del estudio se realizó a finales de 1981, a la muestra se le aplicó una escala para determinar el nivel del estado depresivo y se recolectó información acerca de las experiencias de vida en Canadá.

Los primeros resultados del estudio de 1981 se basaron en el tiempo de permanencia en Canadá. Los resultados muestran que el grupo de riesgo de mayores niveles de depresión está en el espacio de tiempo de 10-12 meses de permanencia. Entre estos datos y el siguiente de 1983, con la única excepción de 10-12 meses de estancia como tiempo de riesgo, a mayor tiempo de permanencia mejor estado de salud mental.

CUADRO 2.2

Relación entre depresión y tiempo de permanencia en Canadá (Beiser, pág. 53, 1990).



El estudio de 1983 demostró que no todos los refugiados experimentan síntomas de trastornos mentales durante el proceso de asentamiento o adaptación. En la muestra de estudio se encontró que los chinos, los solteros y aquellos sujetos que se encontraban sin sus esposas habían mostrado mayores niveles de depresión en el período de 10-12 meses de residencia en Canadá (Beiser, 1990).

Los datos y la información obtenida sobre la prevalencia de trastornos mentales y acerca del escenario de la adaptación de los refugiados, sugiere que la migración no necesariamente constituye una amenaza para la salud mental del individuo. Aún cuando la migración y el reasentamiento se caracterizan como eventos fuertemente estresantes. Existen factores amortiguadores del mismo, como los mediadores internos de que dispone el sujeto, como el concepto de sí mismo, el locus de control interno, las diferencias individuales y experiencias de vida misma que el individuo ha tenido y que le condicionan para un mejor afrontamiento, como por ejemplo la movilidad geográfica que haya tenido el individuo y los cambios de entorno social (cambio de casa, traslado a otra comunidad, cambio de trabajo), el apoyo social que recibe el individuo de la propia comunidad, las aspiraciones y metas del individuo y la capacidad para llegar a satisfacerlas. Todos estos aspectos deben ser considerados como causales de mantenimiento o pérdida del equilibrio físico y psíquico del individuo.

Fraser y Pecora (1985), realizaron un estudio sobre un grupo de refugiados procedentes del Sureste Asiático, principalmente de Laos, Cambodia y Vietnam, compuesto por desplazados y víctimas de la guerra, la persecución, el caos y la desorganización social, quienes perturban al llegar al nuevo entorno de acogida y reasentamiento, un cúmulo de experiencias traumáticas. El estudio que realizaron los autores está sustentado sobre cuatro perspectivas teóricas, ya enunciadas en este trabajo y que explican la etiología del disfuncionamiento social de los refugiados. La información obtenida en esta investigación se logró a través de una encuesta aplicada por trabajadores sociales para refugiados, de esta forma se logró reunir información acerca de los patrones principales de la mala adaptación psicológica, síndrome del estrés postraumático, y reacciones depresivas. Las cuatro perspectivas teóricas son: 1.- El choque cultural o teoría de crisis, 2.- Adaptación rápida, 3.- Pérdida de estatus, 4.- Aislamiento social y pérdida. El estrés de la huida y el reasentamiento a un nuevo entorno cultural, se han vinculado a la adaptación psicológica y se encuentra también vinculado estrechamente a las perspectivas teóricas enunciadas (Kuo, 1976). A continuación se analizan algunos rasgos característicos de estas cuatro perspectivas

1.- Choque cultural o Teoría de crisis. El proceso de migración produce el choque cultural (Alund, 1979) y la teoría del choque cultural postula que el rápido cambio social que experimentan los sujetos en corto espacio de tiempo lo conducen a a un sentimiento de inadecuación personal, por la pérdida de su marco referencial que le proporcionaba los puntos de apoyo y sostenimiento para su funcionamiento psicociológico. La ausencia de estos puntos referenciales y de apoyo le provocan desconcierto e inseguridad. Cuando se trata de una migración rural y de país en vías de desarrollo hacia un país altamente desarrollado, el cambio y el impacto resultan ser un evento fuertemente estresante: el *modus operandi* de las relaciones interpersonales, el tráfico en las horas picos, la rutina de trabajo de 08 a 17, la contaminación ambiental (Hull, 1979). Con frecuencia se reporta que la inmigración involuntaria como es el caso de los refugiados, los deja expuestos a un riesgo psicológico mayor que la voluntaria (Mayada, 1984). Desde la perspectiva de la teoría de la crisis se dice que a mayores cambios culturales, se postula que están asociados una mayor mala adaptación inicial, pero en la medida que transcurre el tiempo, avanza el proceso de aculturación y se agranda la distancia desde el momento de la huida, y la probabilidad de problemas de salud mental disminuye (Eisenstadt, 1954).

2.- Adaptación rápida. Esta perspectiva se centra en las aspiraciones y expectativas que traen los refugiados. Los refugiados con altas aspiraciones, y en ocasiones irreales, de una movilidad ascendente, se postula que están en un riesgo mayor de alcanzar una pobre adaptación psicológica (estrés psicosocial frente a una demanda mayor, discrepancia entre el requerimiento y la incapacidad para satisfacerla). Kuo (1976) se refiere a este

hecho y lo relaciona con la teoría del estrés de luchar por una meta, puesto que los refugiados que luchan por alcanzar, fundamentalmente éxito económico y para ello intentan una rápida adaptación, adoptando formas, normas y conductas que se distancian de la de sus compañeros refugiados. Esta lucha puede producir una fuerte presión en los miembros de la familia, lo que provoca tensiones en los vínculos con la comunidad tradicional (David, 1969). El refugiado en estas condiciones queda en la vía rápida de la asimilación cultural, experimenta barreras institucionales y también formas de discriminación y racismo. El refugiado puede alcanzar o experimentar un progreso lento como resultado de deudas compromisos financieros, una fuerte competencia con los miembros de la cultura dominante y discriminación. Esta diferencia entre las aspiraciones y expectativas, pueden incrementar los estados depresivos, el suicidio y otros trastornos mentales (Park, Kleiner y Needelman, 1969).

3.- **Pérdida de estatus.** La tercera perspectiva se enfoca sobre la desorganización de los roles sociales que ocurren con el cambio cultural (Wallace, 1961). Cambios en las recompensas o en las contingencias sociales son perturbadoras en sí. Pero esos cambios tienen efectos duraderos en los roles que los refugiados desempeñan (Brown, 1982). La pérdida de estatus, y la pérdida de los roles que el individuo tenía en su país de origen, en el caso de la inmigración de todo el grupo familiar, los niños reciben la influencia del medio y rápidamente éstos van adquiriendo las nuevas formas culturales, y se van identificando con la nueva cultura, lo que provoca conflictos al interior del núcleo familiar, que muchas veces lo llevan a su escisión. En las sociedades de países altamente desarrollados el rol de los padres y de los abuelos ha quedado rezagado y reemplazado por instituciones. Esta marginación en los roles internos de la familia conduce a situaciones de riesgos para los que pierden estos roles, surgiendo el alcoholismo, las depresiones. Por otro lado, también se pierden los roles sociales, políticos y profesionales, y se debe aceptar la imposición del grupo dominante, lo que conduce a sentimientos de frustración y de impotencia, que pueden provocar trastornos mentales.

4.- **Aislamiento social y pérdida.** La pérdida del apoyo social es inherente en cada una de las perspectivas precedentes. Se ha enfatizado sobre la importancia del apoyo social. Los estudios recientes sobre el aislamiento social se han asociado a los trastornos mentales, enfermedades cardíacas y a la recuperación lentas de enfermedades serias (Elli, 1984). El apoyo social aparece como un amortiguador en la pérdida de roles y en los diferentes eventos de la vida (Cobb, 1976).

La investigación muestra que los refugiados del Sureste Asiático con frecuencia se encuentran agobiados por sentimientos de soledad y pérdida. (Department of Social Science, 1982). La pérdida del apoyo social, puede inducir efectos de

desorientación y enajenación. Algunos estudios sobre la cronicidad de los trastornos mentales han demostrado que la estancia en los hospitales puede ser reducida cuando se encuentra sustentada con apoyo social y que las altas tasas de incidencia de esquizofrenia se encuentra asociada con el aislamiento social (Beard, Melamud y Rossman, 1978; Jaco, 1954; Tolsdorf, 1976).

Una creciente literatura sobre la importancia de los vínculos sociales rodea la perspectiva del apoyo social. Los sentimientos de aislamiento parecen crear vulnerabilidad tanto a los trastornos mentales como fisiológicos (Gottlieb, 1983). La pérdida de vínculos débiles pueden reducir la capacidad de un refugiado para resolver sus problemas, porque las relaciones distantes-vínculos débiles -parece ser- utilizado por los adultos para buscar empleo, encontrar atención confiable para los hijos. En pocas palabras los vínculos débiles proporcionan la red de recursos que facilita la vida diaria (Granovetter, 1973, 1983)). Además, los vínculos débiles parecen amortiguar al estrés al proporcionar al individuo el acceso a los recursos para resolver los problemas.

Estas cuatro perspectivas caracterizan la dinámica del proceso de adaptación psicológica de refugiados e inmigrantes en general. Desde la perspectiva del choque cultural, los refugiados que proceden de un escenario de guerra y de zonas rurales, sufren una desorientación y desmembramiento cuando llegan a la región central de los EE. UU., pueden desarrollar el síndrome de estrés post traumático (PTSD), en donde la realidad del pasado aparece en el funcionamiento del presente. El bajo estatus de la mujer en su propio país le crea una difícil situación de enfrentamiento con la realidad americana, en el sentido de que no encuentran lugar, creando una ambigüedad que produce estrés y riesgo de trastornos mentales. Finalmente las pérdidas sociales y culturales que soportan durante la herida, deja a muchos refugiados con poco apoyo social. Por lo tanto, ellos asumen el reto de reconstruir entre los sentimientos de soledad en una cultura extraña y a veces hostil. Diversas tensiones pueden inducir el síndrome del barco perdido.

Entre los hallazgos del estudio realizado por Fraser y Pecora (1985) se encuentran siete problemas sociales prevalentes y ordenados de acuerdo con su frecuencia. Cuatro problemas clasificados como los más frecuentes: estrés, depresión, aislamiento y conflicto familiar; con menos frecuencia, la delincuencia, abuso del alcohol y la droga. El síndrome del estrés postraumático apareció con poca frecuencia, pero cuando esto ocurre, perjudica enormemente el funcionamiento social. Los autores del estudio postulan que la mala adaptación psicológica se debe a la presencia de problemas de salud mental, tales como la depresión, ansiedad, irracionalidad, pesadumbre, aflicción, suicidio.

Gran parte de la literatura sobre el reasentamiento al proceso de adaptación se limita a proporcionar una larga lista de estrés cuya teoría es resultado de la experiencia clínica y postula que pone en peligro el equilibrio físico y/o psicológico del individuo. Beiser (1990) cuestiona esta postura en el sentido de que no basta conocer o saber que el proceso de reasentamiento de refugiados es estresante, por cuanto esto ofrece poca ayuda para planear y poner en ejecución una política de servicio adecuada a las necesidades reales de los refugiados, esto es conocer cuales son las experiencias más sobresalientes del estrés rebasante y agobiante e intolerable (Merloo, 1946, Pedersen, 1949); el choque cultural que con el transcurso del tiempo se va amortiguando a través del proceso de aculturación disminuyendo el riesgo de trastornos mentales, así como el soporte social.

A través de la literatura revisada, se ha enfatizado que la salud mental es un indicador de mala adaptación psicológica, en la que aparecen síntomas de estados depresivos, ansiedad, irracionalidad, apesadumbramiento, aflicción, suicidio. Según Lazarus (1971), resulta difícil determinar el grado de adaptación de los sujetos, y postula que se debe poner el acento en la mala adaptación para la cual ha señalado los síntomas

o señales de esta a través de cuatro características psicosociológicas, que son:

- 1.- Sentirse mal psíquicamente (no sentirse bien).
- 2.- Disminución de la capacidad de rendimiento.
- 3.- Alteraciones en el funcionamiento orgánico.
- 4.- Conducta distanciada de las normas sociales.

De acuerdo con el contexto de la Declaración de Alma-Ata y de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (Boletín de la Oficina Panamericana de Salud, 1988) para lograr la meta de Salud para Todos en el Año 2000, que ha sido adoptada por la mayoría de las naciones en desarrollo, la salud se considera como un aspecto esencial del desarrollo nacional, con énfasis en el bienestar social, y la atención de la salud como un derecho de cada individuo.

CAPITULO III.- METODOLOGIA Y RESULTADOS.

3. PROBLEMA

En virtud de lo señalado anteriormente, las migraciones, cualquiera que sea su naturaleza (refugiado, desplazados, expulsados, ilegales), les plantea a todos el problema del enfrentamiento al nuevo contexto social, lo que les implica la reorganización tendiente a una reinserción y acomodación, lo que implica a su vez la aceptación o no aceptación de las normas y valores de la sociedad huésped (Barudy, 1987), lo que implica una modificación en su cotidianeidad (Carrasco, 1981), con una modificación profunda en su modo de funcionar (World Federation for Mental Health, 1960).

Históricamente México ha mantenido una tradición de asilo y refugio hacia quienes por motivo de la violencia política, la persecución política o por quienes son víctimas de la violencia generalizada se han visto obligados a abandonar su lugar de residencia habitual. Esta política se ha mantenido sin discriminar la procedencia de quienes han llegado a territorio mexicano (COMAR, 1988).

En América Central (Guatemala, Salvador, Honduras, Nicaragua), los conflictos sociales y políticos no resueltos traen como consecuencia el desplazamiento forzado y expulsión de miles de ciudadanos frente a la violencia generalizada e indiscriminada, violación de los derechos humanos o del deterioro económico causado por la misma violencia, que es un estado de guerra interna permanente. Es a partir de 1978 cuando se incrementó la escala de la violencia de las áreas en conflicto (El Salvador, Nicaragua, Honduras, Guatemala); más de 2 millones de personas han abandonado sus lugares de residencia habituales buscando un lugar que les brinde mayor seguridad hacia el Norte, esto es México y los EE.UU. (O'Dogherty, 1991).

México ha sido una estación de tránsito del éxodo centroamericano hacia el Norte. Por el carácter de ilegal de la gran mayoría de los inmigrantes ha sido imposible determinar con exactitud el flujo migratorio que se ha estacionado en México. Algunas estimaciones sostienen que entre el 17.5 y 22% de los que han dejado su lugar de origen se han asentado en México a lo largo del territorio, especialmente en las regiones fronterizas del Sur y del Norte; y fundamentalmente en la Ciudad de México y en la zona conurbada, su número podría oscilar entre 165 mil y 400 mil (O'Dogherty, 1991; Aguayo y Weiss, 1988).

Diversos autores han puesto énfasis en que la confrontación con el nuevo ambiente psicosocial constituye un factor estresor de alto riesgo para el individuo (Levi, 1979), que como consecuencia afecta el equilibrio orgánico y psicológico del individuo (Eitinger, 19891), a lo que debe agregarse el "miedo psicosocial" esparcido sobre la sociedad civil. Este "miedo psicosocial" se ejerce a través del "terrorismo de estado" que ha producido en la sociedad civil un modo de amenaza explícita o implícita que es relevante y significativo para un sector importante de la sociedad que la percibe (Lira, 1990).

Los inmigrantes centroamericanos asentados en México, cualquiera que sea su condición de inmigración (refugiado, expulsado, desplazado, o ilegal), por las condiciones vividas previas a la inmigración misma (experiencias traumáticas) y por las experiencias traumáticas sufridas durante la inmigración misma (violaciones, extorsiones, etc.), constituyen en sí un grupo que ha sido sometido a altas presiones y apremios extremos (situaciones de estrés extremo, Bettelheim, 1943), por lo tanto constituyen un grupo de alto riesgo con gran vulnerabilidad inmunológica (Levi, 1979, Eitinger, 1973).

De lo anteriormente expuesto se desprende el siguiente problema de investigación: ¿El trauma o deterioro del yo producido por el desplazamiento o migración afecta la percepción que de su autoconcepto tienen los refugiados centroamericanos que viven en el Valle de México, así como su actitud hacia el país huésped (México), observándose esta influencia en un indicador social de adaptación que es el estrés físico y psicológico (salud)?

3.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

Investigar como influye el nuevo ambiente psicosocial en el proceso de adaptación de los inmigrantes centroamericanos asentados en el Valle de México, partiendo de que éste se refleja en la presencia de trastornos fisiológicos y/o psicológicas como lo señala Zwiggmann, 1973; Barudy, 1982; Eitinger, 1971; Levi, 1979).

3.2. OBJETIVOS GENERALES.

- 1.- Establecer si el autoconcepto de los inmigrantes, así como su actitud hacia México, son factores que afectan su proceso de adaptación en este país, medido éste a través del equilibrio físico y psicológico del individuo.

3.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1 - Determinar la confiabilidad y validez de las escalas que miden autoconcepto, actitud hacia México y estrés utilizadas en la muestra del estudio.
- 2.- Investigar el estado de salud (estrés) de los inmigrantes centroamericanos asentados en el Valle de México.
- 3.- Conocer el auto concepto o concepto de si mismo que tienen los inmigrantes centroamericanos asentados en el Valle de México.
- 4.- Conocer las actitudes que tienen los inmigrantes centroamericanos asentados en el Valle de México hacia los mexicanos.

3.4.- HIPOTESIS GENERAL.

El proceso de adaptacion de los inmigrantes centroamericanos indicado por su estado de salud se ve afectado por su auto concepto y la actitud hacia el país huésped.

3.4.1.- HIPOTESIS ESPECIFICAS.

- 1.- El estrés psicosomático se ve influido por el auto concepto y la actitud hacia el país huésped.
- 2.- El estrés fisiológico se ve influido por el auto concepto y la actitud hacia el país huésped.
- 3.- El estrés fisiológico se ve influido por el auto concepto y la actitud hacia el país huésped.

4. Existen diferencias en el perfil de los inmigrantes centroamericanos en el proceso de inserción constituido por las dimensiones de auto concepto, su actitud hacia el país huésped y la dimensión de salud (indicadores del proceso de adaptación) en función de su sexo, estado civil, escolaridad, años de residencia en México y edad.

3.5.- TIPO DE ESTUDIO.

Esta investigación es un estudio de campo confirmatorio ya que se llevará a cabo, en el ambiente natural donde se desarrollan las actividades y luego se examinarán las relaciones entre variables. Es confirmatorio porque se va a poner a prueba la hipótesis planteada.

3.6.- DISEÑO.

El tipo de diseño que se va a utilizar en este estudio es de 2 o K muestras independientes, por un lado, y con diseño correlacional multivariado por el otro.

3.7.- VARIABLES.

3.7.1.- VARIABLE DEPENDIENTE.

La variable dependiente, adaptación es un término que tiene un amplio espectro de definiciones. Viene del latín *adaptare* y *aptare* que significa acomodar y con relación a personas significa acomodarse, avenirse a las circunstancias, etc., (Real Academia de la Lengua Española, 1947).

En términos biológicos: "es el proceso de adecuación a la vida de cierto ambiente. El término es aplicable a los cambios en los rasgos morfológicos-corporales". Por extensión y teniendo en cuenta el contexto, puede usarse también para indicar modificaciones culturales, para encajar en un medio humano particular. (Definición de Newell Le Roy Sims, en Hery Pratt Fairchild, diccionario de Sociología, 1949).

Según Lazarus, (1963), la adaptación puede describirse como un "estado" o como un "proceso". En el primer caso es el resultado de un esfuerzo al que se intenta llegar; en el segundo caso, se concibe como algo que cambia en el transcurso del tiempo, por lo tanto resulta ser un proceso dinámico.

En el contexto de este estudio la variable dependiente se concibe como un proceso de cambio que experimentan los individuos en su nuevo ambiente psicosocial y que es posible medir a través de indicadores de salud mental (equilibrio del organismo y psíquico) (Lazarus, 1963).

Por lo tanto la variable dependiente puede definirse en función de las manifestaciones conductuales (orgánicas y psicológicas) en el sentido de cuan bien (o mal) funciona el individuo en su nuevo contexto social.

La adaptación de la muestra poblacional de inmigrantes centroamericanos asentados en el Valle de México se midió a través de tres instrumentos:

- 1.- Escala de Salud para medir el estado de salud (físico y psicosocial) (Quintana, 1990).
- 2.- Escala de Auto Concepto (La Rosa, 1986), que aunque fue desarrollada para estudiantes universitarios se volvió a validar y a confiabilizar para esta población.
- 3.- Escala de Actitudes hacia los mexicanos.

3.7.2 VARIABLES INDEPENDIENTES DE CLASIFICACION.

Denominaremos variables independientes a una serie de ellos que en realidad son atributivas, pero que sin embargo, se emplearán como posibles productores de diferencias, y es en este sentido en que las consideramos independientes.

- 1.- Estado civil.
- 2.- Permanencia en México (años de residencia en México).
- 3.- Sexo.
- 4.- Escolaridad.

Estas variables se incluirán en el instrumento de salud.

Tipo de migración: se determinará a través de un cuestionario que contiene los datos sociodemográficos que incluirá preguntas acerca de la forma en que sale del país.

3.7.3 CONTROLES.

- 1.- Edad mínima 18 años
- 2.- Sujetos centroamericanos residentes en el Valle de México.
- 3.- Tiempo mínimo de vivir en México: un año.

3.8. POBLACION.

Se selecciono una muestra de sujetos que se encuentra registrada o que llegaron a registrarse a la Oficina Técnica de Ayuda para Refugiados (SERTEC) dependiente del ALTO COMISIONADO PARA AYUDA A REFUGIADOS (ACNUR). Es a través de SERTEC que el ACNUR realiza la protección (reconocimiento de la calidad de refugiado) y la asistencia que se realiza a través de la ayuda económica. Previo a este registro tienen la condición de "ilegales" (sobre estos últimos pesa siempre sobre sus cabezas la espada de la deportación). Se acudiría también a las oficinas de los Servicios de Desarrollo y Paz (institución no gubernamental) para programas de asistencia y desarrollo de los inmigrantes centroamericanos en México. Se acudiría a otras instituciones que se relacionan con las actividades culturales, de desarrollo y de protección a inmigrantes, entre ellas: CORES, Coordinadora de refugiados Salvadoreños, Comité Obispo Romero que atiende a Refugiados Salvadoreños. La selección será no probabilística debido a las dificultades que se tienen para acceder de los sujetos por el carácter de indocumentados que la gran mayoría tiene, y razón por la cual tratan de pasar desapercibidos en el medio, mantener su anonimato, ocultar su identidad tratando de mimetizarse con la población local y mezclándose con ella (O'Dogherty, 1991).

3.8.1.- CRITERIOS DE INCLUSION.

- 1.- Inmigrantes centroamericanos asentados en el Valle de México.
- 2.- Mayores de 18 años (no se incluirán niños ni adolescentes menores de 18 años debido a que aún no han alcanzado la madurez ni la identidad suficiente, lo que podría confundir los resultados).
- 3.- Mínimo un año de residencia en México.
- 4.- Que estén registrados o acudan a registrarse (para ser reconocidos como refugiados) a las instituciones que les proporcionan protección y asistencia social.

3.8.2.- CRITERIOS DE EXCLUSION.

- 1.- Menores de 18 años.
- 2.- Menos de un año de residencia en México.
- 3.- Problemas de trastornos mentales.
- 4.- Detección de información incompleta.

3.9 MUESTRA.

Se seleccionó una muestra de 363 sujetos que se encuentran registrados o que llegaron a registrarse para obtener el reconocimiento como refugiados a la oficina de Servicios Técnicos de Ayuda a Refugiados (SEREC), organismo no gubernamental sobre el cual el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados cumple con el mandato para el cual fue creado (Convención de Ginebra 1951) y Protocolo de 1976 (ACNUR, 1991). Es a través de la oficina de SERTEC en la ciudad de México, D.F., que el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados cumple con el mandato para el cual fue creado (ACNUR). Este es, vitaliza la protección mediante el reconocimiento de la condición de refugiado y la asistencia que se concretiza a través del soporte económico y social durante la espera del reconocimiento y luego durante el reasentamiento. Previo al registro en las oficinas de SERTEC los inmigrantes tienen el estatus de "ilegales" y muchos también tienen la condición de "indocumentado" sobre los cuales está pesando todo el tiempo la espada de la deportación. Se recurrió a otras instituciones como SEDEPAX (Servicios de Desarrollo y Paz) que brinda soporte

económico y social a inmigrantes centroamericanos. También se recurrió a asociaciones de refugiados sustentadas por organismos no gubernamentales (ONG) entre ellas CORES (Coordinadora de Refugiados Salvadoreños).

La selección de la muestra no fue probabilística debido a las dificultades que se presentaron para tener acceso a los sujetos por el carácter de ilegales o indocumentados que la gran mayoría posee, y razón por la cual tratan de pasar desapercibidos en el medio, mantener su anonimato, ocultar su identidad tratando de mimetizarse con la población local y mezclándose con ella (O'Dogherty, 1991). Por razones de seguridad no se registro esta condición y característica de la muestra.

3.9.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA:

En la muestra de 363 sujetos quedaron incluidas todas las nacionalidades del istmo centroamericano; siendo la nacionalidad salvadoreña la que ocupa el primer lugar con 55.4%, Guatemala con 33.6% Nicaragua con 4.1%, Honduras con 4.1% y Panamá con 2.8%.

CUADRO 3.1

NACIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
El Salvador	201	55.4 %
Guatemala	122	33.6 %
Nicaragua	15	4.1 %
Honduras	15	4.1 %
Panamá	10	2.8 %
TOTAL	363	100.0 %

En cuanto a la edad, los rangos fueron de 18-77 años, con una media de 32.15 años, que corresponde aproximadamente al 61% de la población. La población de edades con rangos de 18-45 años corresponde al 92.6 %, lo que demuestra que es una población en edad productiva.

En cuanto a sexo, la muestra quedó constituida por 186 hombres que corresponde al 51.2% y 177 mujeres que corresponde al 48.8%.

CUADRO 3.2

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombres	186	52.2 %
Mujeres	177	48.8 %
T O T A L	363	100.0 %

En cuanto al estado civil, se establecieron dos categorías, con pareja (casados o en unión libre) y sin pareja (solteros, divorciados, viudos). El siguiente cuadro muestra las cifras y porcentajes del estado civil.

CUADRO 3.3

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con pareja	229	63.1 %
Sin pareja	134	36.9 %
T O T A L	363	100.0 %

En cuanto a la escolaridad, se establecieron ocho niveles que se señalan en el cuadro 3-4.

CUADRO 3.4

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria no terminada	29	8.0 %
Primaria terminada	36	9.9 %
Secundaria no terminada	49	13.5 %
Secundaria terminada	47	12.9 %
Preparatoria	44	12.1 %
Enseñanza técnica	33	9.1 %
Enseñanza superior incompleta	77	21.2 %
Título Académico	48	13.2 %
TOTAL	363	100.0 %

De acuerdo con el cuadro 3.4 se puede decir que el nivel de educación resulta ser aceptable. Un 17.9% tiene nivel de educación bajo (primaria no terminada y terminada). Un 47.6% tiene un nivel de escolaridad que incluye desde la secundaria no terminada hasta preparatoria y enseñanza técnica y un 43.4% tiene un nivel de escolaridad superior.

CUADRO 3.5

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Baja	65	17.9 %
Media	173	47.6 %
Alta	125	34.5 %
T O T A L	363	100.0 %

En cuanto a los años de residencia en México los rangos son de 1-31 años de residencia, con una media de 6.81 años. Se observó que el 98.3 % de la población corresponde a los años de mayor turbulencia y violencia en los países del área especialmente El Salvador y Guatemala y corresponde a 11 años de residencia en México.

CUADRO 3.6

AÑOS DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-4	94	25.9 %
5-8	141	37.8 %
9-11	108	32.5 %
12-31	10	3.8 %
T O T A L	363	100.0 %

En cuanto a la razón de permanencia de los 363 sujetos 342 sujetos dijeron que su razón de salida del país de origen fue forzada y que corresponde al 94.2%. En cuanto que 21 afirmaron que llevaron voluntariamente lo que corresponde al 5.8 % del total de la muestra.

3.10 INSTRUMENTOS.

3.10.1 ESCALA NO. 1 DE ACTITUDES HACIA LOS MEXICANOS (PI).

3.10.1.1 INTRODUCCION.

Se constituyó una Escala tipo Likert de cinco opciones con base a las cualidades morales, de simpatía personal, de prestigio y reconocimiento, de los valores personales, de exaltación a los valores nacionales, de afectividad y aceptación (tolerancia) de los mexicanos en dos dimensiones polares, una de connotación positiva con (50% de los reactivos) hacia los mexicanos y la otra con connotación negativa (50% de los reactivos) hacia los mexicanos, con el objeto de ver como los sujetos de la muestra de inmigrantes centroamericanos asentados en el Valle de México perciben a éstos.

En una primera fase se piloteó una escala compuesta de 42 reactivos con los contenidos y condiciones ya señalados, en una muestra de 52 sujetos de origen latinoamericano y otras nacionalidades del mundo con más de un año de residencia en México, con objeto de ver si el instrumento era comprensible en términos de su redacción, sintaxis, etc.

3.10.1.2. ANALISIS DE FRECUENCIAS.

Los datos obtenidos de la muestra fueron sometidos a un análisis de frecuencias para eliminar los reactivos que no cumplen con el criterio de la distribución normal, basado en las medias y en el sesgo y la kurtosis. Por este procedimiento se eliminaron 8 reactivos que tenían más de 50% de respuestas en una opción y más de 1.5 (+ o -) en la kurtosis o en el sesgo, quedando la escala definitiva compuesta por 34 reactivos.

3.10.1.3. CONFIABILIDAD DE LA ESCALA.

El coeficiente de confiabilidad que se utilizó para ver la consistencia interna de la escala fue el Alpha de Cronbach (general), obteniéndose un valor de .89 para toda la escala de 34 reactivos.

CUADRO 1

ALPHA DE CRONBACH PARA TODA LA ESCALA.

POBLACION	NO. REACTIVOS	ALPHA DE CRONBACH
N=52	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33 34	.89

ESCALA DE ACTITUDES HACIA LOS MEXICANOS. DISTRIBUCION DE LOS REACTIVOS, ANALISIS FACTORIAL Y CONFIABILIDAD DE LOS FACTORES.

Después de haber sido piloteada la Escala de Actitudes hacia los mexicanos en las condiciones de muestra ya señaladas y haber sido probada su consistencia interna mediante el Alpha de Cronbach (.89 para la Escala de 34 reactivos), la misma Escala fue aplicada a una muestra poblacional de 363 sujetos inmigrantes centroamericanos asentados en el Valle de México.

3.10.1.4.- ANALISIS FACTORIAL.

Los datos obtenidos en la aplicación de la Escala a la muestra fueron sometidos a un análisis de frecuencias con el objeto de eliminar aquellos reactivos que no cumplen con el criterio de la distribución normal. Por este procedimiento se eliminó un reactivo (R27) que cargó con más de 50% de frecuencias en una opción de respuesta y obtuvo valores de Kurtosis y sesgo mayores a la unidad.

2.- CONFIABILIDAD DE LA ESCALA.

Después de haber verificado la distribución normal de los reactivos en la Escala, ésta fue nuevamente sometida a la prueba de confiabilidad por medio del Alpha de Cronbach para verificar si la Escala sigue manteniendo consistencia interna. La Escala continua manteniendo la misma consistencia interna; se obtuvo un valor de Alpha de Cronbach de 0.89.

CUADRO 3.7

ALPHA DE CRONBACH PARA LA ESCALA TOTAL DE LA MUESTRA

POBLACION	NO. REACTIVOS	ALPHA DE CRONBACH
N=363	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34	.89

3.10.1.5.- VALIDEZ DE CONSTRUCTO TEORICO.

Los datos obtenidos en la aplicación fueron enseguida sometidos a un análisis factorial (PAF) con rotación varimax para probar la validez del constructo teórico.

De los resultados obtenidos se pudo probar que el constructo teórico planteado en el objetivo de la Escala si se cumple. Esto es, se obtuvieron las dos dimensiones polares planteadas de percepción que presentan los sujetos de la muestra en estudio y que serán reportados más adelante.

Del análisis factorial con rotación varimax se obtuvieron 10 factores con valores eigen superiores a 1.00 y que explican el 58.3% de la varianza total de la Escala. De los 10 factores obtenidos, se eligieron los cinco primeros por su claridad conceptual y explican el 41.3% de la varianza total de la Escala.

CUADRO 3.8**FACTORES PRINCIPALES CON VALOR EIGEN SUPERIORES A 1.00.**

FACTORES	VALOR EIGEN	P.C.T. DE VARIANZA	P.C.T. ACUMULADA
1	5.83843	17.7 %	17.7 %
2	2.61624	7.9 %	25.6 %
3	2.21856	6.7 %	32.3 %
4	1.59140	4.8 %	37.2 %
5	1.35758	4.1 %	41.3 %
6	1.28265	3.9 %	45.2 %
7	1.19253	3.6 %	48.8 %
8	1.13009	3.4 %	52.2 %
9	1.06983	3.2 %	55.5 %
10	1.00215	3.0 %	58.5 %

CUADRO 3.9

ANÁLISIS FACTORIAL (PAF) DEL INSTRUMENTO CON ROTACION VARIMA

NO.	REACTIVOS	1	2	3	4	5
R1.	Los mexicanos son eficientes en su trabajo.	.10	.09	.16	.10	.33
R2.	Los mexicanos son personas poco imaginativas.	.66	.04	.04	.04	.02
R3.	Los mexicanos son honestos.	.58	.27	.77	.01	.28
R4.	Los mexicanos difícilmente se impresionan.	.17	.11	.01	.03	.04
R5.	Los mexicanos son mejores que nosotros.	-.01	.11	.29	.04	.01
R6.	Los mexicanos son derrochadores.	.07	.41	.09	.04	.11
R7.	Los mexicanos son personas discretas.	.07	.03	.53	.02	.00
R8.	Los mexicanos poseen rasgos indeseables.	.45	.04	.00	.02	.02
R9.	Los mexicanos son personas en que se puede confiar.	.76	.10	.76	.04	.04
R10.	Los mexicanos solo respetan la fuerza bruta.	.40	.23	.14	-.01	.09
R11.	Los mexicanos son patriotas.	.07	.28	.03	.21	.14
R12.	Los mexicanos son poco respetuosos.	.51	.19	.09	.01	.00
R13.	Los mexicanos son personas respetuosas.	.13	.15	.00	.14	.54
R14.	Los mexicanos son superficiales.	.02	.50	.10	.09	.08
R15.	Los mexicanos son astutos.	-.11	.24	-.00	.16	.47
R16.	Los mexicanos son fraudulentos.	.16	.63	.09	.08	-.07
R17.	Los mexicanos son machistas.	-.09	-.58	-.17	.08	-.07
R18.	Los mexicanos son lentos.	.64	.13	.08	.13	.08
R19.	Los mexicanos tienen dignidad de ellos mismos.	.39	.17	.14	.71	.14
R20.	Los mexicanos son personas de confiar poco.	.39	.17	.20	.75	.14
R21.	Los mexicanos discriminan poco a nuestro grupo.	-.12	.04	.20	.05	.14
R22.	Los mexicanos son agresivos.	.18	.38	.03	.20	-.00
R23.	Los mexicanos son apreciados por nuestro grupo.	.12	.11	.01	.52	.18
R24.	Los mexicanos son los sufrimientos que debemos soportar.	.58	.00	.16	.19	.01
R25.	Los mexicanos tienen buena imagen en el mundo.	.05	.00	.68	.32	.33
R26.	Los mexicanos son personas difíciles de tratar.	.63	.02	.04	.10	.10
R28.	Los mexicanos los tienen envidia.	.58	.11	.01	.01	.09
R29.	Los mexicanos son personas mentalmente fuertes.	-.01	.10	.41	.17	.05
R30.	Los mexicanos son intolerantes.	.64	.04	.04	.06	-.03
R31.	Los mexicanos son sinceros en sus acciones.	.73	.06	.45	.10	.34
R32.	Los mexicanos son poco respetados en el mundo.	.22	.01	.05	.03	.01
R33.	Los mexicanos se compadecen de los demás.	.16	-.06	.04	.09	.21
R34.	Los mexicanos discriminan a nuestro grupo.	.53	.10	.09	-.07	.01

De los 33 reactivos que entraron en el análisis factorial 11 reactivos cargaron en el Factor 1 de la matriz de Factores Principales con pesos iguales o superiores a .39 y explican el 17.7 de la varianza total de la Escala. Estos reactivos corresponden a la dimensión polar de connotación negativa. En el Factor 2 cargaron 4 reactivos con pesos iguales o superiores a .38 y explican el 7.9 % de la varianza de la Escala. En su conjunto los reactivos de percepción negativa explican el 25.6 % de la varianza total del instrumento.

En los factores 3, 4 y 5 cargaron los reactivos con connotación positiva con 4, 3 y 3 reactivos respectivamente con pesos factoriales iguales o superiores a .32 y en su conjunto explican el 15.7 % de la varianza total de la Escala. De esta forma se puede afirmar que la Escala mide el constructo global de la percepción o actitud que presentan los sujetos de la muestra exteriorizada en las dos dimensiones polares que originó el análisis factorial. Las dimensiones de percepción negativa: con un 25.6 % de la varianza

análisis factorial. Las dimensiones de percepción negativa con un 25.6 % de la varianza total de la Escala y las dimensiones de percepción positiva con 15.7 % de varianza total de la Escala.

CUADRO 3.10

SUBESCALAS CON SUS RESPECTIVOS PESOS FACTORIALES. FACTOR 1: ACTITUD NEGATIVA I

NO.	REACTIVOS	PESO	
		X	FACTORIAL
R2.	Los mexicanos son personas poco imaginativas	3.6	.36
R8.	Los mexicanos poseen rasgos indeseables.	3.6	.45
R10	Los mexicanos solo respetan la fuerza bruta.	3.4	.40
R12	Los mexicanos son poco respetuosos.	3.2	.51
R18	Los mexicanos son lentos.	3.3	.64
R20	Los mexicanos son personas de confiar poco.	2.9	.39
R24	Los mexicanos son un sufrimiento que debemos soportar.	3.8	.58
R26	Los mexicanos son personas difíciles de tratar.	3.6	.63
R28	Los mexicanos nos tienen envidia.	3.6	.58
R30	Los mexicanos son intolerantes.	3.5	.58
R34	Los mexicanos discriminan a nuestro grupo.	3.3	.58
		X	3.4

CUADRO 3.11

FACTOR 2.- PERCEPCION NEGATIVA II

NO.	REACTIVOS	- X	PESO FACTORIAL
R6.	Los mexicanos son derrochadores.	2.4	.41
R14	Los mexicanos son supersticiosos.	2.4	.50
R16	Los mexicanos son fraudulentos.	2.4	.63
R22	Los mexicanos son agresivos.	2.4	.38
		-	
		X 2.4	

CUADRO 3.12

FACTOR 3.- PERCEPCION POSITIVA I.

NO.	REACTIVOS	- X	PESO FACTORIAL
R3.	Los mexicanos son personas discretas.	2.8	.53
R7.	Los mexicanos son honestos.	2.8	.77
R9.	Los mexicanos son personas en las que se puede confiar.	3.1	.76
R29	Los mexicanos son personas mentalmente fuertes.	2.9	.43
R31	Los mexicanos son sinceros en sus acciones.	2.9	.45
		-	
		X 2.9	

CUADRO 3.13

FACTOR 4.- PERCEPCION POSITIVA II

NO.	REACTIVOS	- X	PESO FACTORIAL
R19	Los mexicanos tienen dignidad de ellos mismos.	3.5	.71
R23	Los mexicanos son apreciados por nuestro grupo.	3.6	.57
R25	Los mexicanos tienen buena imagen en el mundo.	3.4	.32
		-	
		X 3.5	

CUADRO 3.14

FACTOR 5.- PERCEPCION POSITIVA III.

NO.	REACTIVOS	- X	PESO FACTORIAL
R1.	Los mexicanos son eficientes en su trabajo.	3.4	.53
R13	Los mexicanos son afectuosos.	3.6	.54
R15	Los mexicanos son astutos.	3.7	.40

X 3.5

4.- CONFIABILIDAD DE LOS FACTORES.

La confiabilidad de las subescalas se obtuvo mediante el Alpha Cronbach.

CUADRO 3.15

CONFIABILIDAD DE LOS FACTORES.

FACTOR	NO. DE REACTIVOS	ALPHA DE CRONBACH
1	11	.84
2	4	.58
3	5	.68
4	3	.63
5	3	.50

3.10.2. ESCALA NO. 2 DE AUTO CONCEPTO (P2)

3.10.2.1. INTRODUCCION.

En la metodología de la investigación sobre el proceso de adaptación de los inmigrantes centroamericanos asentados en el Valle de México, se planteó el uso de la Escala de Auto Concepto de la Rosa (1986), con el objeto de saber cómo los inmigrantes se perciben ellos mismos; esto es, cómo se evalúan o cómo se califican ellos mismos, qué tan evaluados se sienten o qué tan devaluados se perciben en su nuevo contexto psicosocial.

Para lograr este objetivo se planteó la necesidad de utilizar y aplicar la Escala de Auto Concepto completa, que consta de 72 reactivos tipo Diferencial Semántico. La Escala no fue pilotada puesto que se encuentra validada y confiabilizada en una muestra de población de estudiantes adolescentes de la Ciudad de México. Por esta razón la Escala fue aplicada directamente a la muestra poblacional de 363 sujetos inmigrantes centroamericanos y que como tienen diferentes características sociodemográficas en lo que se refiere a edades (mínimo 18 años), diferentes niveles de escolaridad, diferente estado civil, diferencia en los años de residencia en México y más que nada, su condición de inmigrantes, cualquiera que esta sea, les confiere otras características que con toda seguridad están influyendo en su percepción de sí mismo, por lo que se volvió a validar.

ESCALA DE AUTO CONCEPTO APLICADA A INMIGRANTES CENTROAMERICANOS, DISTRIBUCION DE LOS REACTIVOS, ANALISIS FACTORIAL Y CONFIABILIDAD DE LAS SUBESCALAS.

3.10.2.2.- ANALISIS DE FRECUENCIAS.

Los datos obtenidos en la aplicación de la Escala a la muestra fue sometida a un análisis de frecuencias con el objeto de eliminar aquellos reactivos que no cumplen con la condición de la distribución normal. Por este procedimiento se eliminaron 23 reactivos cuyas frecuencias excedían del 50% con una categoría de respuesta y kurtosis o sesgo que sobrepasaban 1.5 tanto (+), como (-), quedando la escala para los siguientes análisis con 48 reactivos.

3.10.2.3.- CONFIABILIDAD DE LA ESCALA.

Después de haber verificado la distribución normal de los reactivos en la Escala se procedió a la verificación de la consistencia interna de la Escala, la cual se determinó por medio del Alpha de Cronbach, obteniéndose un valor de .90. Con esto se probó que la Escala sigue manteniendo una adecuada consistencia interna.

CUADRO NO. 3.16

ALPHA DE CRONBACH PARA LA ESCALA.

NO.	REACTIVOS	ALPHA DE CRONBACH
363	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 30, 32, 33, 34, 35, 38, 40, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 59, 60, 61, 62, 64, 66, 67, 69, 71.	.90

3.10.2.4.- VALIDEZ DE CONSTRUCTO TEORICO.

Luego de haberse verificado la distribución y la confiabilidad de la Escala, los datos fueron sometidos a un análisis factorial con rotación varimax para determinar la validez de constructo teórico. De este se obtuvo una matriz de Factores Principales compuesta por 14 factores con valores eigen superiores a 1.00 y que explican el 61.7 de la varianza total de la Escala. Por la claridad conceptual que presentan los factores se eligieron los cinco primeros que explican el 39.4% de la varianza total de la Escala.

CUADRO 3.17

FACTORES PRINCIPALES CON VALOR EIGEN SUPERIORES A 1.00. .LSI

FACTORES	VALOR EIGEN	P.C.T. DE VARIANZA	P.C.T. ACUMULADA
1	9.77185	19.9 %	19.9 %
2	2.99276	6.9 %	24.1 %
3	2.79145	5.7 %	31.7 %
4	2.07804	4.2 %	36.0 %
5	1.66449	3.4 %	39.4 %
6	1.51991	3.1 %	42.5 %
7	1.47123	3.0 %	45.5 %
8	1.32001	2.7 %	48.2 %
9	1.22153	2.5 %	50.7 %
10	1.17102	2.4 %	53.1 %
11	1.14145	2.3 %	55.4 %
12	1.03851	2.1 %	57.5 %
13	1.03303	2.1 %	59.6 %
14	1.00279	2.0 %	61.7 %

CUADRO NO. 3.18
ANALISIS FACTORIAL DE LA ESCALA NO. 2 CON ROTACION VARIMAX

NO.	FEACTIVO	1	2	3	4	5
R1.	Introverso-Extroverso	.07	.10	-.08	.01	.11
R2.	Angustiado-Relajado	.13	.10	.06	.05	-.08
R3.	Amoroso-Odioso	.07	.09	.10	.04	.11
R4.	Callado-Comunicativo	.23	.09	-.00	.01	.02
R6.	Rencoroso-Noble	.01	.21	.30	.23	.10
R7.	Comprensivo-Incomprensivo	.07	.13	.05	.21	.24
R8.	Incumplido-Cumplido	.13	.09	.09	.21	.05
R10.	Desagradable-Agradable	.06	.02	.26	.21	.38
R13.	Mentiroso-Sincero	.08	.03	.17	.38	.01
R15.	Frustrado-Realizado	.06	.23	.08	.15	.06
R16.	Temperamental-Calmado	.01	.15	.54	.14	.08
R17.	Animado-Desanimado	.19	.22	.05	.02	.41
R18.	Irrespetuoso-Respetuoso	.16	.13	.18	.36	.13
R19.	Estudioso-Perezoso	.20	.17	.01	.01	.15
R21.	Tolerante-Intolerante	.10	.05	.17	.10	.09
R22.	Agresivo-Pacífico	.06	.06	.62	.12	.14
R23.	Feliz-Triste	.18	.69	.17	.04	.15
R25.	Tranquilo-Nervioso	.11	.33	.15	.01	.00
R27.	Afligido-Despreocupado	.27	.29	.18	.04	.17
R28.	Impulsivo-Reflexivo	.17	.13	.66	.07	.02
R30.	Apático-Dinámico	.43	.11	.15	.21	.16
R32.	Aburrido-Divertido	.53	.13	.05	.20	.18
R34.	Amargado-Jovial	.55	.35	.16	.29	.18
R35.	Estable-Inestable	.18	.39	.04	-.00	.21
R38.	Conflictivo-Cencillador	.29	.24	.31	.36	.07
R40.	Egoísta-Generoso	.15	.01	.06	.61	.04
R43.	Ansioso-Sereno	.31	.32	.36	.04	.00
R45.	Tímido-Desenvuelto	.67	.06	.03	.04	.00
R46.	Demócrata-Autoritario	-.00	.10	.14	.09	.14
R47.	Lento-Rápido	.20	.08	.06	.13	.19
R48.	Desinhibido-Inhibido	.18	.16	-.24	.12	.02
R49.	Pesimista-Optimista	.37	.33	.16	.16	.34
R50.	Amigable-Hostil	.16	.24	.12	.10	.35
R51.	Reservado-Expresivo	.31	.23	.03	-.11	.03
R52.	Deprimido-Contento	.48	.44	.16	.08	.21
R53.	Simpático-Antipático	.10	-.00	.06	.14	.53
R54.	Sumiso-Dominante	.22	-.12	.20	-.05	.08
R56.	Dezaseable-Indezeable	.16	.02	.00	.17	.43
R57.	Solitario-Amigüero	.49	.28	.08	.09	.20
R59.	Fracasado-Exitoso	.28	.61	.07	.08	.08
R60.	Miedoso-Audaz	.05	.08	.00	.10	.03
R61.	Tierno-Rudo	.05	.05	.00	.10	.21
R62.	Pedante-Sencillo	.17	.03	.14	.58	.17
R64.	Melancólico-Alegre	.35	.24	.21	.24	.13
R66.	Romántico-Indiferente	.04	.03	.06	.01	.04
R67.	Pasivo-Activo	.44	.10	.23	.18	.07
R69.	Inflexible-Flexible	.16	.20	.20	.04	.02
R71.	Celoso-Seguro	.16	.20	.20	.04	.02

De los 48 reactivos sometidos al análisis factorial con rotación varimax, once cargaron en el Factor 1 de la matriz de Factores Principales con pesos iguales o superiores a .30 y definen una dimensión de percepción de sociable-insociable. En el Factor 2 cargaron seis reactivos con pesos factoriales iguales o superiores a .30 y definen una dimensión de percepción de feliz- infeliz. En el Factor 3 cargaron cinco reactivos con pesos factoriales iguales o superiores a .30 y definen la dimensión de percepción de emotividad y no emotividad. En el Factor 4 cargaron también cinco reactivos con pesos factoriales iguales o superiores a .36 y definen una dimensión de percepción de egotismo-altruismo. En el Factor 5 cargaron cinco reactivos con pesos factoriales iguales o superiores a .30 y definen una percepción de autoestima positiva y negativa. Para conocer la dirección de estas dimensiones se necesita conocer las medias de los reactivos.

CUADRO 3.19

FACTORES CON SUS RESPECTIVOS PESOS FACTORIALES Y MEDIAS.

FACTOR 1.- SOCIABLE INSOCIABLE			
NC.	REACTIVO	MEDIA	CARGA FACTORIAL
R30.	Apático-Dinámico	5.275	.43
R32.	Aburrido-Divertido	5.008	.53
R34.	Amargado-Jovial	4.741	.55
R45.	Tímido-Desenvuelto	4.518	.67
R49.	Pesimista-Optimista	5.118	.37
R51.	Reservado-Expresivo	3.372	.31
R52.	Deprimido-Contento	4.493	.48
R57.	Solitario-Amigero	4.435	.49
R64.	Melancólico-Alegre	4.281	.35
R67.	Pasivo-Activo	5.107	.44
R69.	Inflexible-Flexible	5.094	.30

x 4.215

CUADRO 3.20

FACTOR 2.- FELICIDAD-INFELICIDAD			
NO.	REACTIVO	MEDIA	CARGA FACTORIAL
R2.	Angustiado-Relajado	3.725	.30
R15.	Frustrado-Realizado	3.909	.72
R23.	Feliz-Triste	4.152	.69
R25.	Tranquilo-Nervioso	4.061	.33
R35.	Estable-Inestable	4.799	.39
R59.	Fracasado-Triunfador	4.466	.61
		x	4.185

CUADRO 3.21

FACTOR 3.- EMOTIVIDAD NO EMOTIVIDAD			
NO.	REACTIVO	MEDIA	CARGA FACTORIAL
R6.	Rencoroso-Noble	4.897	.30
R16.	Temperamental-Calmado	3.780	.54
R22.	Agresivo-Pacífico	4.253	.62
R28.	Impulsivo-Reflexivo	3.975	.66
R43.	Ansioso-Sereno	3.576	.36
		x	3.281

CUADRO 3.22

FACTOR 4.- EGOISMO-ALTRUISMO			
NO.	REACTIVO	MEDIA	CARGA FACTORIAL
R13.	Mentiroso-Sincero	5.609	.38
R18.	Irrespetuoso-Respetuoso	5.675	.36
R38.	Conflictivo-Conciliador	4.693	.36
R40.	Egoísta-Generoso	5.554	.61
R62.	Pedante-Sencillo	5.693	.58
		x	5.440

CUADRO 3.23

FACTOR 5.- AUTOESTIMA POSITIVA-NEGATIVA			
NO.	REACTIVO	MEDIA	CARGA FACTORIAL
R10.	Desagradable-Agradable	5.369	.38
R17.	Animado-Desanimado	5.229	.41
R50.	Amigable-Hostil	5.663	.30
R53.	Simpático-Antipático	5.419	.53
R56.	Deseable-Indeseable	5.504	.43
		x	5.543

3.10.2.5. CONFIABILIDAD DE LOS FACTORES.

La confiabilidad de las subescalas se determinó por medio del Alpha de Cronbach.

CUADRO 3.24
CONFIABILIDAD, DIMENSION Y MEDIAS POR FACTOR

FACTOR	REACTIVOS	DIMENSION	X	ALPHA DE CRONBACH
1	11	Sociable-Insociable	4.215	.85
2	6	Felicidad-Infelicidad	4.185	.74
3	5	Emotividad no		
		Emotividad	3.281	.70
4	5	Egoísmo-Altruismo	5.440	.68
5	5	Autoestima Positiva-		
		Negativa	5.543	.67
Autoconcepto	49			.90

3.10.3 ESCALA NO. 3 DE SALUD (P3).

3.10.3.1.- INTRODUCCION.

Se construyó una Escala de Salud tipo Likert (de cuatro opciones con los siguientes valores: 4 = rara vez, 3 = a veces; 2 = con frecuencia y 1 = con mucha frecuencia), con el objeto de medir el estado de salud de una muestra de inmigrantes centroamericanos asentados en el Valle de México, basada en síntomas de malestar físico-orgánico y/o psicológicos que están afectando (o los haya afectado en los últimos meses) a los sujetos que se encuentran en situación de inmigración.

La inmigración cualquiera que sea su naturaleza (refugiados, desplazamiento, expulsado, indocumentado) determina para ellos una situación de alto riesgo (Levi, 1979), esto es, una vulnerabilidad en el estado físico y/o psíquico del individuo provocado por la situación fuertemente estresante que le impone la situación de inmigración y las condiciones previas a la misma (Eitinger, 1973).

Según Lazarus (1963), el estado de salud mental es un indicador de una buena o mala adaptación al medio relacional. Los inmigrantes centroamericanos, por la situación de inmigración previa al país huésped, y luego en la confrontación con el mismo, se encuentran afectados por tensiones fuertes que generan un espectro de síntomas de tipo orgánico y psicológico, o ambos a la vez (exteriorizaciones psicósomáticas) provocadas por la percepción de amenaza e inseguridad; la percepción de amenaza se encuentra latente en los indocumentados sobre los cuales pesa siempre la espada de la deportación, la inseguridad por el desempleo, la extorsión y la explotación.

La Escala de Salud (P3), se construyó en base a los síntomas de estrés que afectan al individuo en el nuevo contexto social con el objeto de determinar el estado de salud (especialmente mental) del grupo, para luego correlacionarlo con las otras Escalas, ya que es un indicador de su adaptación.

Para ello se procedió a aplicar la Escala de Salud compuesta por 19 reactivos basada en síntomas de estrés a una muestra de inmigrantes centroamericanos (refugiados, desplazados, expulsados, indocumentados), asentados en el Valle de México que acuden a los centros de Organismos No Gubernamentales (ONG) que les dan protección y asistencia. Protección en el sentido de ser reconocidos como refugiados por el ALTO

COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA REFUGIADOS (ACNUR) y asistencia, esto es asistencia social y económica que se canaliza a través de Organismos y Agencias Internacionales No Gubernamentales coordinadas por las representación del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados en México y las Oficinas mexicanas para estos objetivos: SEXTEX (Servicios Técnicos de Ayuda), que vializa directamente el reconocimiento del status de refugiado ante la representación de ACNUR; SEDEX (Servicios de Desarrollo y Paz), con programas de asistencia social y desarrollo a la comunidad de refugiados.

2.- ESCALA DE SALUD (P3).

La Escala de Salud quedó compuesta en principio por 19 reactivos que integran desde el punto de vista teórico los indicadores de estrés de la Escala para medir el estado de salud de los inmigrantes con las dimensiones conceptuales, la físico- orgánica o fisiológica, la psicológica o ambas a la vez.

3.10.3.2.- ANALISIS DE FRECUENCIAS.

Los datos obtenidos en la aplicación de la Escala a la muestra, fue sometida a un análisis de frecuencias con el objeto de eliminar aquellos reactivos que no cumplen con la condición de distribución normal. De acuerdo con los resultados obtenidos, los reactivos se distribuyen adecuadamente para el objetivo del estudio, es decir, para el constructo teórico que se intenta medir, esto es, el estado de salud de una muestra de inmigrantes asentados en el Valle de México expuesta a las contingencias que depara el proceso de inmigración, quedando los 19 reactivos de la Escala para el siguiente análisis.

3.10.3.3.- CONFIABILIDAD DE LA ESCALA.

El coeficiente de confiabilidad que se utilizó para obtener la consistencia interna de toda la Escala fue el Alpha de Cronbach (general), obteniéndose un valor de .82 para toda la escala, que con $n=121$ tiene una $p=0$.

CUADRO 3.25**ALPHA DE CRONBACH EN LA ESCALA TOTAL**

POBLACION	NO. DE REACTIVOS	ALPHA DE CRONBACH
N=140	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	.82

De acuerdo con el cuadro No. 3.25 se puede observar que la Escala de Salud presenta una consistencia interna para la Escala total de .82. Esto indica que el Instrumento presenta adecuada confiabilidad.

3.10.3.4.- VALIDEZ DE CONSTRUCTO TEORICO.

La validez de constructo teórico se obtuvo por medio del análisis factorial (PAF) con rotación varimax. De los resultados se obtuvo una matriz de factores Principales compuesta por 6 Factores Principales con valor eigen superiores a 1.00 y que explican el 63.5% de la varianza total de la Escala.

Se consideraron sólo los tres primeros por ser conceptualmente más claros.

CUADRO 3.26**FACTORES PRINCIPALES CON VALOR EIGEN SUPERIORES A 1.00**

FACTORES	VALOR EIGEN	P.C.T. DE VARIANZA	P.C.T. ACUMULADA
1	4.9752	25.3 %	25.3 %
2	1.97222	10.4 %	35.7 %
3	1.90603	10.0 %	45.7 %
4	1.16839	6.1 %	51.8 %
5	1.13791	6.0 %	57.8 %
6	1.08721	5.7 %	63.5 %

CUADRO 3.27

ANÁLISIS FACTORIAL DEL INSTRUMENTO CON ROTACION VARIMAX.

NO.	REACTIVO	1	2	3	4
1	Dificultad para quedarse dormido	<u>.33</u>	<u>.62</u>	.13	.10
2	Despertar durante el sueño.	<u>.71</u>	<u>.07</u>	.09	.09
3	Colitis nerviosa.	<u>.46</u>	<u>.04</u>	<u>.36</u>	.14
4	Mal apetito.	.13	<u>.40</u>	<u>.55</u>	.09
5	Acidez o ardor en el estómago.	.04	<u>.75</u>	.08	.09
6	Diarrea.	<u>.26</u>	<u>.56</u>	-.28	.14
7	Gases en el estómago.	<u>.30</u>	<u>.19</u>	-.28	-.07
8	Estreñimiento.	<u>.06</u>	<u>.08</u>	<u>.02</u>	.22
9	Palpitaciones en el corazón.	.22	.14	<u>.62</u>	.28
10	Mareos.	.04	.14	<u>.80</u>	.06
11	Dificultades respiratorias.	<u>.35</u>	<u>.20</u>	.10	-.17
12	Agitación, miedo, inquietud.	<u>.71</u>	.22	-.03	.04
13	Irritabilidad, enojarse fácilmente.	<u>.61</u>	.24	<u>.13</u>	.15
14	Sentirse sin fuerza para trabajar.	<u>.38</u>	<u>.51</u>	.09	.16
15	Hervioso (sentirse).	<u>.59</u>	.21	.07	.23
16	Dolores de cabeza.	<u>.41</u>	.21	.07	.23
17	Cansancio permanente.	.09	<u>.34</u>	.19	.68
18	Músculos tensos, rígidos.	.15	.00	.08	.82
19	Dolores en el centro del pecho.	.02	.08	<u>.39</u>	.41

En el Factor 1 de la Matriz de Factores Principales cargaron 10 reactivos con pesos factoriales iguales y superiores a .30. En el Factor 2 cargaron 6 reactivos con pesos factoriales iguales o superiores a .34. En el Factor 3 cargaron 6 reactivos con cargas factoriales iguales o superiores a .33. De esta forma se verifica el constructo teórico salud en sus dimensiones físico-orgánica, y/o psicológica. Los tres factores explican el 45.7% de la varianza total de la Escala.

CUADRO 3.28

FACTORES OBTENIDOS EN LA ROTACION VARIMAX

FACTOR 1

NO.	REACTIVOS	CARGA FACTORIAL
2	Despierta durante el sueño.	.73
3	Colitis nerviosa.	.46
4	Gases en el estómago.	.30
11	Dificultades respiratorias.	.35
12	Agitación, miedo, inquietud.	.73
13	Irritabilidad, enciarse fácilmente.	.61
15	Nerviosa (sentirse).	.59
16	Dolores de cabeza.	.41

FACTOR 2

NO.	REACTIVOS	CARGA FACTORIAL
1	Dificultades para quedarse dormido.	.62
5	Acidez o arder en el estómago.	.75
6	Diarrea.	.56
14	Sentirse sin fuerza para comenzar a trabajar.	.34

FACTOR 3.

NO.	REACTIVOS	CARGA FACTORIAL
4	Mal apetito.	.56
9	Palpitaciones en el corazón.	.62
17	Mareos.	.80
18	Dolores en el centro del pecho.	.39

CUADRO 3.29
CONFIABILIDAD POR FACTOR

FACTOR	REACTIVOS	ALPHA DE CRONBACH
1	8	.76
2	4	.65
3	4	.62

La definición conceptual de los factores obtenidos no es del todo clara por cuanto aparecen mezcladas las dimensiones, aunque están midiendo el constructo salud. Por esta razón los datos fueron sometidos también al análisis factorial con rotación oblicua.

La rotación oblicua presenta estructuras conceptuales más claras y definidas en cuanto a las dimensiones que tienen mejor y mayor sustentación de la validez del constructo teórico.

3.10.3.5.- ANALISIS FACTORIAL CON ROTACION OBLICUA.

De los resultados obtenidos en la rotación oblicua, se originó una matriz de Factores Principales compuesta por 6 factores que explican también el 63.5 % de la varianza total de la Escala. Sólo se consideraron los tres primeros por su claridad conceptual.

CUADRO 3.30
FACTORES PRINCIPALES CON VALOR EIGEN SUPERIORES A 1.00

FACTORES	VALOR EIGEN	P.C.T. DE VARIANZA	P.C.T. ACUMULADA
1	4.29169	22.6 %	22.6 %
2	1.49234	7.9 %	30.4 %
3	1.40768	7.4 %	37.9 %

Se consideran solamente 2 factores porque en el 3º no cumple con la condición de tener 3 reactivos (Harman, 1954).

CUADRO 3.31

ANÁLISIS FACTORIAL DEL INSTRUMENTO CON ROTACION OBLICUA.

NO.	REACTIVO	1	2
1	Dificultad para quedarse dormido	.62	-.00
2	Despertar durante le sueño.	.60	.10
3	Colitis nerviosa.	.50	.21
4	Mal apetito.	.34	.40
5	Acidez o ardor en el estómago.	.42	.05
6	Diarrea.	.31	.14
7	Gases en el estómago.	.28	-.48
8	Estreñimiento.	.27	-.56
9	Palpitaciones en el corazón.	.37	.21
10	Mareos.	.27	.58
11	Dificultades respiratorias.	.30	-.44
12	Agitación, miedo, inquietud.	.53	-.02
13	Irritabilidad, enojarse fácilmente.	.63	.21
14	Sentirse sin fuerza para trabajar.	.63	-.08
15	Nervioso (sentirse).	.54	-.13
16	Dolores de cabeza.	.56	-.25
17	Cansancio permanente.	.61	-.05
18	Músculos tensos, rígidos.	.45	.01
19	Dolores en el centro del pecho.	.32	.05

De los resultados del análisis factorial con rotación oblicua en el Factor 1 de la Matriz de Factores Principales cargaron 16 reactivos con pesos factoriales iguales o superiores a .309. Tres reactivos en el mismo factor con cargas de .27 y .28. En tanto que en el Factor 2 aparecen 5 reactivos que cargaron con pesos factoriales iguales o superiores a .40 y que repiten en el factor 1 con pesos factoriales menores. Esto está indicando que el instrumento está midiendo un constructo global de salud.

CUADRO 3.32

FACTORES OBTENIDOS EN LA ROTACION OBLICUA.

FACTOR 1		
NO.	REACTIVO	PESO FACTORIAL
1	Dificultad para quedarse dormido	.62
2	Despertar durante el sueño.	.60
3	Colitis nerviosa.	.50
5	Acidez o ardor en el estómago.	.42
6	Diarrea.	.31
9	Palpitaciones en el corazón.	.31
12	Agitación, miedo, inquietud.	.53
13	Irritabilidad, enojarse fácilmente.	.63
14	Sentirse sin fuerza para trabajar.	.63
15	Nervioso (sentirse).	.54
16	Dolores de cabeza.	.56
17	Cansancio permanente.	.61
18	Músculos tensos, rígidos.	.45
19	Dolores en el centro del pecho.	.32

FACTOR 2		
NO.	REACTIVO	PESO FACTORIAL
4	Mal apetito.	.40
7	Gases en el estómago.	-.48
8	Estreñimiento.	-.56
10	Mareos.	.58
11	Dificultades respiratorias.	.44

3.10.4. APLICACION DE LA ESCALA DE SALUD (P3) A LA MUESTRA DE ESTUDIO.

3.10.4.1. INTRODUCCION

La Escala de Salud (i-3) fue previamente piloteada en una muestra de 140 sujetos inmigrantes centroamericanos, hombres (68.6%) y mujeres (31.4%) asentados en el Valle de México. La muestra no fue probabilística debido a las características y estrategias que mantienen los sujetos durante su permanencia en México y que serán reportadas más adelante.

Los datos obtenidos en la muestra del piloteo fueron sometidos a los análisis estadísticos correspondientes con el objeto de ver la distribución, la confiabilidad (.82 para la Escala) y verificación del constructo teórico.

La validez de constructo teórico se realizó mediante el análisis factorial en la cual los datos fueron sometidos, primero a un análisis factorial con rotación varimax de donde se originó una matriz de Factores Principales con tres factores de claridad conceptual que definieron las dimensiones de las subescalas y que explican el 45.7% de la varianza total del instrumento y corresponden a las dimensiones de estrés psicosomático (F1, Alpha de Cronbach=.76); estrés fisiológico (F2, Alpha de Cronbach=

En tanto que la rotación oblicua generó una matriz de Factores Principales con dos subescalas en la que en el Factor 1 cargaron 16 reactivos de los 19 que se compone la Escala y en el factor 2 cargaron 5 reactivos que repiten en el Factor 1 con pesos factoriales menores, lo que valida el constructo teórico, la Escala mide el constructo global de salud.

De los 19 reactivos que tenía la Escala en el piloteo, se eliminaron aquellos cuyos pesos factoriales en las subescalas fueron iguales o menores a .37 en la rotación oblicua.

3.10.4.2.- ANALISIS DE FRECUENCIAS.

Los datos obtenidos en la aplicación de la Escala a la muestra de estudio de 363 sujetos fueron nuevamente sometidos al análisis de frecuencias para eliminar los reactivos que no cumplen con la condición de la distribución normal. Por este procedimiento se eliminó el reactivo No. 8 con 68.8% de respuestas en una sola opción y una kurtosis de 1.968 (+). Luego la Escala de Salud para los siguientes análisis quedó compuesta por 15 reactivos

3.10.4.3.- CONFIABILIDAD DE ESCALA.

Nuevamente se utilizó el Alpha de Cronbach como coeficiente de confiabilidad, obteniéndose un valor de .86 para toda la Escala con $ge = y p = 90$. La Escala mantiene y mejora su consistencia interna.

CUADRO 3.33**ALPHA DE CRONBACH EN TODA LA ESCALA**

POBLACION	NO. DE REACTIVOS	ALPHA DE CRONBACH
N=363	1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12 13, 14, 15, 16	.86

3.10.4.4.- VALIDEZ DE CONSTRUCTO TEORICO.

Los datos obtenidos de la aplicación de la Escala en la muestra de estudio fueron sometidos a un análisis factorial con rotación oblicua, de la que se obtuvo una matriz de Factores Principales compuesta por cuatro factores con valores propios superiores a 1.00 y que explican el 57.3% del total de la varianza total de la Escala.

CUADRO 3.34**FACTORES PRINCIPALES CON VALOR EIGEN SUPERIORES A 1.00**

FACTORES	VALOR EIGEN	P.C.T. DE VARIANZA	P.C.T. ACUMULADA
1	5.12201	34.1 %	34.1 %
2	1.30777	8.7 %	42.8 %
3	1.16191	7.7 %	50.6 %
4	1.01119	6.7 %	57.3 %

CUADRO 3.35

FACTORES OBTENIDOS EN EL ANALISIS FACTORIAL CON ROTACION OBLICUA.

NO.	REACTIVO	1	2	3	4
1	Dificultad para quearse dormido.	.38	.26	.05	.24
2	Despertar durante el sueño.	.33	.33	.05	.21
3	Colitis nerviosa.	.53	.45	.40	.10
4	Mal apetito.	.31	.14	.01	.46
5	Acidez o ardor en el estómago.	.46	.82	.03	.22
6	Diarrea.	.37	.91	.19	.37
7	Gases en el estómago.	.24	.26	.72	.35
9	Falpitaciones en el corazón.	.11	.55	-.27	.48
10	Múscos.	.64	.38	-.17	.58
11	Dificultades respiratorias.	.57	.36	-.24	.42
12	Agitación, miedo, inquietud.	.23	.35	-.10	.36
13	Irritabilidad, enojarse fácilmente.	.28	.34	-.28	.54
14	Sentirse sin fuerza para trabajar.	.64	.10	.15	.35
15	Nervioso (sentirse).	.36	.15	.15	.36
16	Dolores de cabeza.	.61	.23	.35	.17

De los 15 reactivos que fueron sometidos al análisis factorial con rotación oblicua, 11 cargaron en el Factor 1 de la matriz de Factores Principales con pesos factoriales iguales o superiores a .33. En el Factor 2 cargaron 10 reactivos con pesos factoriales iguales o superiores a .30. En el Factor 3, que no reúne la condición para ser considerado como factor (Harran, 1954), cargo un sólo reactivo con peso de .72. En el Factor 4 cargaron 10 reactivos con pesos factoriales significativos y que aparezcan también en el Factor 1 con menores pesos factoriales. Para la formación de los respectivos Factores se eligieron los reactivos con pesos Factoriales más altos.

De lo que se observa en el cuadro No. 3.36, se puede afirmar que la Escala de Salud basada en indicadores de estrés mide el constructo teórico para la cual fue construida, esto es, mide el estado de salud en los sujetos.

CUADRO 3.36

FACTORES CON SUS CORRESPONDIENTES REACTIVOS Y CARGAS FACTORIALES.

Factor 1			
No.	REACTIVOS	MEDIAS	CARGA FACTORIAL
R3.	Colitis nerviosa.	3.4	.53
R10.	Agitación, miedo, inquietud.	2.9	.64
R11.	Irritabilidad, enojarse fácilmente.	2.7	.57
R12.	Sentirse sin fuerza para comenzar a trabajar.	3.1	.74
R13.	Nervioso (sentirse).	2.6	.68
R14.	Dolores de cabeza permanente.	3.1	.64
R15.	Cansancio permanente.	3.1	.76
R16.	Músculos tensos, rígidos.	3.2	.61
		$\bar{X} = 3.03$	
Factor 2			
No.	REACTIVOS	MEDIAS	CARGA FACTORIAL
R5.	Acidez o ardor en el estómago.	2.8	.82
R6.	Gases en el estómago.	2.8	.81
R9.	Dificultades respiratorias.	2.8	.46
		$\bar{X} = 2.82$	
Factor 4			
No.	REACTIVOS	MEDIAS	CARGA FACTORIAL
R1.	Dificultades para quedarse dormido.	3.1	.83
R2.	Despertar durante el sueño.	2.9	.81
R4.	Mal apetito	3.2	.46
		$\bar{X} = 2.18$	

CUADRO 3.37

CONFIABILIDAD Y DIMENSION DE LOS FACTORES

DIMENSION			X	FACTORES	REACTIVOS
				ALPHA DE	CRONBACH
1	8	Estrés Psicosomático	3.03		.82
2	3	Estrés Fisiológico	2.82		.63
3	3	Estrés Psicológico	3.18		.64
Esc. Salud	15				.86

$$\alpha = 3.01$$

3.10.4.5.- DEFINICION DE LOS FACTORES.

La matriz de los Factores Principales obtenida en el análisis factorial con rotación oblicua originó tres subescalas que dimensionaron la validez del constructo teórico.

Factor 1.- Estrés Psicosomático.- El Factor 1 con 8 reactivos con pesos factoriales iguales o superiores a .53 puede ser definido en la dimensión de **estrés psicosomático**, que corresponde a respuestas de tipo orgánico y conductual y que emergen del disfuncionamiento emocional, provocadas por agentes físicos y/o psicológicos. Esta subescala explica el 34.1% de la varianza total de la Escala.

Factor 2.- Estrés Fisiológico. El Factor 2 está constituido por 3 reactivos con altos pesos factoriales (.55, .81 y .82). Puede definirse en la dimensión de **estrés psicológico** y que corresponde a manifestaciones orgánicas provocadas por causas psicológicas y/o físicas. Esta subescala explica 7.7% de la varianza de la Escala.

Factor 4.- Estrés Psicológico. El Factor 3 está compuesto por 3 reactivos con altos pesos factoriales y puede ser definido en la dimensión de **estrés psicológico** y que corresponde a manifestaciones mediatizadas por procesos de índole psicológico (percepción de amenaza) y con una varianza explicada de 6.7%.

3.10.4.6.- ANALISIS DE REGRESION MULTIPLE.

Se utilizó el análisis de regresión múltiple con el objeto de ver que tanto influye la percepción de si mismo (Auto Concepto) y la percepción (Actitud) hacia los sujetos del país huésped en el estado de salud de los sujetos en situación de inmigración (hipótesis específica no. 1). Este enunciado corresponde a los sujetos generales planteados en esta investigación: "Establecer si el auto concepto de los inmigrantes, así como su actitud hacia México, son factores que afectan su proceso de adaptación en este país, medido éste a través del equilibrio físico y psicológico del individuo.

Para ello, los factores obtenidos en los análisis factoriales de los instrumentos empleados en el estudio se sometieron a un análisis de regresión múltiple, teniendo como variable dependiente a los factores de salud y como variable independiente a los demás.

TABLA 3.1

REGRESION MULTIPLE DEL FACTOR 1.- ESTRES PSICOSOMATICO (VD).

CORRELACION MULTIPLE	R ²	F	SIGNIFICANTE
.50	.25	29	.0000

ANALISIS DE VARIANZA

	DF	SUMA DE CUADRADO	MEDIA SUMA CUADRADOS
REGRESION	4	1847.02332	461.75583
RESIDUAL	358	5551.65987	15.50743

VARIABLES EN LA ECUACION DE REGRESION MULTIPLE.

VARIABLE	B	SB	BETA	T	SIS.T	DIMENSION
FACAUT2	.25993	.03295	.41015	7.890	.0000	Feliz-Infeliz
FACACT1	.09994	.02891	.16087	3.457	.0006	Actitud Negativa (Personalidad)
FACACT5	-.27302	.09678	-.13054	2.248	.0051	Actitud Positiva
FACAUT3	.09952	.04428	.11756	2.248	.252	Emotivo no Emotivo II
Constant	15.66101	1.60897			9.734	.0000

En la Regresión Múltiple para la Variable Dependiente Salud, Factor 1, que corresponde a la dimensión de estrés psicossomático se obtuvo un coeficiente de correlación Múltiple (MR) estadísticamente significativo con un valor de .50, con un coeficiente de determinación de .25 (R^2) que explica el 25% de la varianza total, (se obtuvo una F de 29 a un nivel de significancia de .0000 del análisis de varianza de la regresión).

Se puede observar que hay factores o subescalas que están afectando el Factor 1 de salud que corresponde a la dimensión de estrés psicossomático. Estos cuatro factores están relacionados con la salud psicossomática. El coeficiente correlación entre estos predictores y la variable dependiente (RM) es de .50. La importancia de los predictores está dada por Beta y en orden decreciente son los siguientes: Factor 2 de Auto Concepto que corresponde a la dimensión Feliz-Infeliz. El sentirse feliz o infeliz es determinante en la salud psicossomática. Este factor tiene un nivel de significancia de .0000. El segundo predictor en orden le sigue el factor 1 de Actitud que corresponde a la dimensión de Percepción Negativa, lo que se puede interpretar en el sentido de que a mayor actitud negativa más estrés psicossomática. Con respecto al tercer predictor: Factor 5 de Actitud que corresponde a la dimensión de Percepción Positiva, tiene un valor de Beta de signo negativo, lo que significa que a menor percepción positiva, más estrés psicossomático tiene un grado menor de predicción. El cuarto predictor corresponde al Factor 3 de auto concepto, que conceptualmente resulta ser de más consistencia: a mayor emotividad mejor salud psicossomática.

TABLA 3.2

REGRESION MULTIPLE DEL FACTOR 2.- ESTRES FISIOLOGICO.

CORRELACION MULTIPLE		SUMA DE CUADRADOS R2	F	SIGNIFICANCIA	
.43		.19	20	.0003	
ANALISIS DE VARIANZA					
	DF	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA SUMA CUADRADOS		
REGRESION	1	298.86710	298.86710	96.95573	
RESIDUAL	259	14.11946	.05451	3.96502	
VARIABLES EN LA ECUACION DE REGRESION MULTIPLE					
VARIABLE	B	SE B	BETA	T	SIG T
FACILIDAD	.005440	.019677	.25716	4.393	.0009
FACILIDAD	-.067797	.016576	-.222166	-4.069	.0001
FACILIDAD	-.046987	.011115	-.171493	-3.859	.0004
FACILIDAD	-.149220	.025119	-.107176	-2.972	.0044
CONSTANTE	8.181292	0.8301	-.167115	9.884	<.0001

Para responder a la segunda hipótesis específica que se plantea, se observa que en la Regresión Múltiple del Factor 2 de Salud que corresponde a la dimensión de estrés fisiológico se obtuvo un coeficiente de Correlación Múltiple (RM) estadísticamente significativo con un valor de .43, con un coeficiente de determinación R² de .17 que explica el 17% de la varianza total; y con una F de 20 a un nivel de significancia de .0003. El Factor 2 de Salud que corresponde a la dimensión de estrés fisiológico se encuentra afectado por tres predictores que en orden decreciente a sus coeficientes Beta son: Factor 2 del auto Concepto que corresponde a la dimensión Feliz-Infeliz; le sigue el Factor 3 del Auto Concepto que corresponde a la dimensión de Emotividad no Emotividad y el tercer predictor es el Factor 1 de Actitud, que corresponde a la dimensión de Percepción Negativa. Como en el análisis de regresión del Factor 1 de Salud de estrés psicósomático los factores que afectan el estrés fisiológico son los mismos que afectan al estrés psicósomático, por lo tanto los tres factores que afectan al estrés fisiológico resultan ser buenos predictores.

TABLA 3.3

REGRESION MULTIPLE DEL FACTOR 3.- ESTRES PSICOLOGICO.

CORRELACION MULTIPLE		R ²	F	SIGNIFICANCIA	
.40		.16	24	.0000	
ANALISIS DE VARIANZA					
	DF	SUMA DE CUADRADO	MEDIA SUMA CUADRADOS		
REGRESION	2	198.74468	99.37234		
RESIDUAL	14	1057.64695	75.54621		
VARIABLE	B	SE B	BETA	T	SIG T
FA AUTO	.004321	.015048	.321730	5.583	.0000
FA AUTO	.016368	.004270	.114766	3.931	.0481
(CON CONST)	6.476792	.427589		15.148	.0000

Respecto a la tercera hipótesis específica que decía en la regresión Múltiple del Factor 3 de Salud que corresponde a la dimensión de estrés psicológico se obtuvo un coeficiente de correlación con un valor de .40 y un coeficiente de determinación de .16 que explica el 16 % de la varianza total con una F de 24 a un nivel de significancia de .0000, para el análisis de varianza de la regresión. En la ecuación de Regresión Múltiple aparecen los predictores del estrés psicológico. Nuevamente aparece como primer predictor el Factor 2 del auto Concepto que corresponde a la dimensión Feliz-Infeliz y en segundo lugar aparece el Factor 1 de Auto Concepto que corresponde a la dimensión Sociable-Insociable.

De acuerdo con los resultados obtenidos en los análisis de Regresión Múltiple reportados en las Tablas No. 1, 2 y 3, se puede observar que los Factores de Auto Concepto predominan sobre los Factores de Actitud como predictores de la Variable Dependiente Salud en sus tres subescalas que corresponden a las dimensiones de estrés psicossomático, estrés fisiológico, estrés psicológico. De los cinco Factores de Auto Concepto que entraron en el análisis de Regresión Múltiple, tres factores aparecen en las tres ecuaciones de Regresión Múltiple. El Factor 2 de Auto Concepto que corresponde a la dimensión de Felicidad-Infelicidad aparece con los valores ms altos de Beta en las ecuaciones de Regresión 1, 2 y 3. Luego se puede afirmar que el Factor 2 de Auto Concepto es el mejor predictor de estrés psicossomático. Luego le sigue el Factor 3 de Auto Concepto que corresponde a la dimensión de Emotividad No Emotividad y aparece en las ecuaciones de Regresión 1 y 2. Por último en la ecuación de Regresión 3 aparece el Factor de Auto Concepto 3 que corresponde a la dimensión de Sociable-Insociable.

Con respecto a los cinco factores de Actitud que entraron en el análisis de Regresión Múltiple, los dos Factores de Actitud aparecen en las ecuaciones de Regresión

Múltiple: el Factor 1 de Actitud que corresponde a la dimensión de Percepción Negativa aparece en las ecuaciones de Regresión 1 y 2 (Tablas Nos. 1 y 2). Luego el Factor 5 de Actitud, que corresponde a la dimensión de Percepción Positiva, se encuentra presente los en la ecuación de Regresión 1. La Percepción Positiva estará en función de la Percepción Negativa que tiene los sujetos hacia el país huésped; es decir, esta percepción provocara estrés psicosomático. Este mismo Factor 1 aparece en la ecuación de Regresión 2 pero con valor negativo, lo que resulta contradictorio y poco consistente.

Con respecto al Factor 5 de Actitud que corresponde a la dimensión de Percepción Positiva de los sujetos hacia el país huésped, sólo aparece en la ecuación de Regresión 1 (Tabla No. 1) con un valor de Beta negativo, lo que resulta poco consistente como predictor de la Variable salud en la dimensión de estrés psicosomático.

De acuerdo a los resultados de las ecuaciones de Regresión Múltiple y a los valores de Beta reportados para cada uno de los predictores se puede concluir que los mejores predictores de la variable Salud en sus tres subescalas de estrés psicosomático, estrés fisiológico y estrés psicológico, han resultado ser los Factores de Auto Concepto.

Pareciera ser que la importancia de la actitud que se tiene hacia los sujetos del país huésped no es tan determinante, sino lo que resulta ser importante es cómo se sienten los sujetos en el país huésped, cómo se perciben ellos mismos en el país huésped.

La Escala de Auto Concepto de La Rosa (1986) que fue validada y confiabilizada en una muestra poblacional de estudiantes adolescentes de la ciudad de México, cumplió con su objetivo, desde el punto de vista teórico-conceptual en la muestra que fue aplicada, es decir midió el constructo global de Auto Concepto en la muestra poblacional de inmigrantes centroamericanos asentados en el Valle de México.

Los resultados obtenidos muestran que la Escala de La Rosa tuvo un comportamiento diferente en lo que se refiere a la definición de las subescalas. La aplicación a la muestra de inmigrantes originó cinco subescalas que resultaron ser consistentes y validadas conceptualmente dentro del constructo global de Auto Concepto.

En lo que se refiere al comportamiento desigual de la escala en las muestras, se puede afirmar que esto se debe a las diferencias que hay entre ellos. La primera muestra poblacional en la que fue validada la Escala es una muestra homogénea en cuanto a edad, nivel de escolaridad, nivel socio económico e inclusive extracción social.

En tanto que la muestra de inmigrantes centroamericanos es una población muy heterogénea y presenta características sociodemográficas, socio culturales, socio económicas y aún psicosociales muy diferentes y su reacción frente a los reactivos de la Escala han resultado diferentes. Entre las características que sobresalen y los distinguen de la muestra final de validación se tienen.

- 1.- *Es una muestra de inmigrantes centroamericanos asentados en el Valle de México compuesta por 55.4% de salvadoreños, 33.6% de guatemaltecos, 4.1% de nicaragüenses, 4.1% de hondureños y 2.8% de panameños.*
- 2.- *Tienen diferentes edades, el rango de los centroamericanos es de 18 a 77 años, con una media de 32.15 años.*
- 3.- *Diferentes niveles de escolaridad, con una media de 4.8; es decir 5.*
- 4.- *Es una población inmigrante de diferente naturaleza que va desde refugiado reconocido por el Alto Comisionado para Refugiados de las Naciones Unidas hasta indocumentados.*
- 5.- *La situación misma de inmigración (cualquiera que sea su naturaleza), le confiere algunas características especiales en lo que se refiere a sus reacciones psicológicas y respuestas conductuales, constituyendo estas condiciones un grupo de alto riesgo y vulnerable a perder su equilibrio físico orgánico y/o psicológico frente a los estímulos del medio.*
- 6.- *El desarraigo causa inseguridad e inestabilidad. Suponemos que estas diferencias son algunas de las causantes del diferente comportamiento de la Escala en las diferentes muestras. Los tres Factores de Auto Concepto predictores de la Variable Dependiente Salud en sus tres subescalas (estrés psicosomático, estrés fisiológico y estrés psicológico) presentan buenos coeficientes de confiabilidad.*

TABLA 3.4

CONFIABILIDAD DE LOS PREDICTORES

FACTOR	ALP. CRON.	DIMENSION
Factor 1	.85	Sociable-Insociable
Factor 2	.74*	Felicidad-Infelicidad
Factor 3	.70*	Emotividad No Emotividad

La cuarta hipótesis específica, que pretende diferenciar el perfil de los inmigrantes en función del sexo, se evaluó como sigue:

3.10.4.7. ANALISIS DISCRIMINANTE

Discriminante entre los Factores de las Escalas de Auto Concepto, Salud y Actitud hacia el país huésped con la variable Sexo. Los Factores obtenidos en estas escalas fueron sometidos a un análisis discriminante para ver si hay diferencia entre hombres y mujeres.

Se puede decir que de los 13 Factores que componen las tres Escalas, entran 6 factores a formar la función discriminante que resultó ser estadísticamente significativa a un nivel de significancia de .0001. La función discriminante quedó constituida por 6 factores que por orden de importancia determinan la diferencia entre hombre y mujeres. El orden está dado por los coeficientes estandarizados que se reportan en la Tabla No. 1.

TABLA 3.5
FUNCION DISCRIMINANTE, SEXO

FACTORES	DIMENSION	COEFICIENTE
Factor 1 de Salud	Estrés Psicosomático	.95
Factor 2 de Auto Concepto	Emotividad no Emotividad	.34
Factor 3 de Auto Concepto	Sociable-Insociable	-.33
Factor 5 de Actitud	Actitud Positiva III	-.28
Factor 3 de Actitud	Actitud Positiva I	-.23
Factor 2 de Salud	Estrés Fisiológico	-.23

Como se observa en la función estandarizada del análisis discriminante, el Factor que mejor distingue a hombres y mujeres es el Factor 1 de Salud que corresponde a la dimensión de estrés psicosomático. Es decir, las manifestaciones de estos psicosomáticos distinguen a hombres y mujeres. Luego le sigue el Factor 3 de Auto Concepto que corresponde a la dimensión de Emotividad no Emotividad. Le siguen en orden decreciente y con coeficientes negativos en tercer lugar el Factor 1 de Auto Concepto que corresponde a la dimensión de Sociable-Insociable. En cuarto lugar está el Factor 5 de Actitud que corresponde a la dimensión Actitud Positiva III. Le sigue en quinto lugar el Factor 3 Actitud, Actitud Positiva I. En el último lugar está el Factor 2 de Salud que corresponde a la dimensión de estrés fisiológico.

De acuerdo a los valores de las centroides de la Función Canónica Discriminante se observa que los hombres como grupo (grupo 1) puntúan a la derecha de la media (que es siempre cero), en tanto que las mujeres como grupo (grupo 2) puntúan a la izquierda. Esto se interpreta en el sentido de que los hombres estén mejor que las mujeres, por cuanto estas se encuentran más afectadas por el Factor 1 de Salud que corresponde a la dimensión de estrés psicosomático y por el Factor 3 de Auto Concepto de Emotividad y no Emotividad que son los factores de mayor peso en la función discriminante. La Función Canónica Discriminante permite predecir membresía, es decir, permite predecir con exactitud la diferencia entre hombres y mujeres. En este caso se obtuvo un valor de predicción correcta de 61.16%, que resultó ser no muy alto, pero en todo caso es mejor que el azar.

La diferenciación del perfil de adaptación en función del estado civil, se llevó a cabo por medio de un discriminante entre los Factores de las Escalas de Auto Concepto, Salud y Actitud hacia el país huésped con la variable Estado Civil. El Estado Civil se definió en los términos de Con Pareja (grupo 1) y Sin Pareja (grupo 2). Los factores obtenidos en las escalas empleadas fueron sometidos a un análisis discriminante con el objeto de ver si hay diferencias entre los que viven con pareja y lo que viven sin pareja.

De los 13 Factores que componen las tres Escalas, se obtuvo una función discriminante formada por cuatro factores con un nivel de significancia de 0.017 y que por orden de importancia de acuerdo al valor de sus coeficientes determinan la diferencia entre los que viven con pareja y sin pareja.

TABLA 3.6

FUNCION DISCRIMINANTE: ESTADO CIVIL (CON PAREJA, SIN PAREJA)

FACTORES	DIMENSION	COEFICIENTE
Factor 2 de Salud	Estrés Fisiológico	.60
Factor 3 de Actitud	Actitud Positiva I	.19
Factor 4 de Actitud	Actitud Positiva II	.40
Factor 4 de Auto Concepto	Egoísmo-Altruismo	-.39

Como se observa en la función Canónica discriminante estandarizada, el Factor que mejor distingue entre el estado civil es el Factor 2 de Salud que corresponde a la dimensión de estrés fisiológico. Es decir las manifestaciones de estrés fisiológico distingue a los que viven con pareja y los que viven sin pareja. Luego le siguen los factores de Actitud 3 y Actitud 4 que corresponden a la dimensión de **Percepción Positiva**. Por último, en cuarto lugar está el Factor 4 de Auto Concepto que corresponde a la dimensión de **Egoísmo-Altruismo**.

En el Histograma de la Función Canónica Discriminante, el grupo 1 que corresponde a los sujetos con pareja carga hacia la derecha (+), el grupo 2 (sin pareja) carga hacia la izquierda, lo que indica que los del grupo con pareja se encuentran menos afectados por el estrés fisiológico que los del grupo 2. Luego pareciera ser que los que viven en pareja tienen mayor Percepción Positiva hacia el país huésped.

Esta función Canónica Discriminante permite predecir membresía, es decir, permite predecir con exactitud la diferencia entre el grupo 1 de los que viven con pareja y los del grupo 2 que no tienen pareja. Se obtuvo un valor de 56.75% que resultó no ser alto.

La comparación del perfil de adaptación en función de la escolaridad se estableció por medio del Discriminante entre los Factores de las Escalas de Auto Concepto, Salud y Actitud hacia el país huésped y la variable Escolaridad. La escolaridad tiene 8 valores y se dividió en dos grupos: del valor 4 hacia abajo y del 4 hacia arriba. En el grupo (1) quedaron de secundaria terminada hacia abajo, en el grupo (2) quedaron de preparatoria hacia arriba.

Los 13 Factores de las Escalas se sometieron a un análisis discriminante con la variable escolaridad dividida en dos grupos: Nivel de Escolaridad 1 y Nivel de Escolaridad 2. Se obtuvo una función discriminante estadísticamente significativa a un nivel de significancia al .0000 con 6 Factores que se reportan en la Tabla No. 3.6.

TABLA 3.7

FUNCION DISCRIMINANTE: ESCOLARIDAD.

FACTORES	DIMENSION	COEFICIENTE
Factor 2 de Auto Estima	Felicidad-Infelicidad	1.60
Factor 1 de Actitud	Actitud Negativa	.49
Factor 1 de Salud	Estrés Psicosomático	-.46
Factor 3 de Actitud	Actitud Positiva I	.40
Factor 5 de Auto Concepto	Autoestima Positiva-Negativa	-.26
Factor 3 de Auto Concepto	Emotividad no Emotividad	-.23

Lo que mejor distingue al grupo de baja escolaridad (grupo 1) y al grupo de mayor escolaridad (grupo 2) es el Factor 2 de Auto Concepto que corresponde a la dimensión de Felicidad-Infelicidad. Le sigue el Factor 1 de Actitud en su dimensión de Percepción Negativa. En tercer lugar está el Factor 1 de Salud en su dimensión de estrés psicosomático. En cuarto lugar le sigue el Factor 3 de Actitud en su dimensión de Percepción Positiva. En quinto lugar está el Factor 5 de Auto Concepto en su dimensión de Auto Estima Positiva-Negativa y en último lugar está el Factor 3 de Auto Concepto en su dimensión de Emotividad No Emotividad. En el Histograma de la Función Canónica Discriminante se puede observar que el grupo 1, que corresponde a los de baja escolaridad, se han concentrado hacia el lado positivo, es decir hacia la derecha. En tanto que el grupo que corresponde a los de escolaridad ms alta se han agrupado en el lado negativo, es decir, hacia la izquierda. Esto significa que el grupo 1 se encuentra mejor que el grupo 2. La predicción de membresía para el grupo 1 con respecto al grupo 2 tiene un valor de 63.95%, que no es excelente pero sí mejor que las anteriores. La diferenciación de acuerdo al tiempo de residencia, se evaluó con un Discriminante entre los Factores de las Escalas de Auto Concepto, Salud y Actitud hacia el país huésped y la variable ajos de residencia en México. Para determinar los grupos de la variable ajos de residencia en México se recurrió a la media de los ajos de residencia: el grupo 1 de la media hacia abajo, el grupo 2 de la media hacia arriba. Se obtuvo una Función Canónica Discriminante estadísticamente significativa al .0059 de significancia en la que quedan incluidos tres factores que reportan en la Tabla No. 3.7

TABLA 3.8

FUNCION DISCRIMINANTE: AÑOS DE RESIDENCIA EN MEXICO.

FACTORES	DIMENSION	COEFICIENTE
Factor 1 de Auto Concepto	Sociable-Insociable	.88
Factor 2 de Actitud	Percepción Negativa	-.37
Factor 4 de Actitud	Actitud Positiva II	.36

Lo que distingue a los que tienen pocos años de residencia en México (grupo 1) y los que tienen mucho tiempo de vivir en México es el Factor 1 de Auto Concepto en la dimensión de Sociable-Insociable; luego le sigue el Factor 2 que corresponde a la dimensión de la Actitud Negativa y en tercer lugar el Factor 4 de Actitud que corresponde a la dimensión de Actitud Positiva I. En esta función discriminante se observa que en el Histograma el grupo 1 carga al lado derecho lo que indica que este grupo se encuentra en mejores condiciones, son más sociables, tienen menos percepción negativa y más percepción positiva. En tanto que el grupo 2 que corresponde a los de más tiempo de vivir en México se encuentra hacia la izquierda y la predicción de membresía determinada por la Función Canónica Discriminante de Membresía dio un valor de 58.95%. Por último, la distinción del perfil de adaptación en función de la edad, efectuada con un Discriminante entre los Factores de las Escalas de Auto Concepto, Salud y Actitud hacia el país huésped y la variable edad. Los grupos de edades se definieron en función de la media ($X=32$ años). El grupo 1 quedó constituido por sujetos con edades por debajo de la media y grupo 2 sobre la media. Se obtuvo una Función Canónica Discriminante con un nivel de significancia al .0463 integrada por seis Factores que se reportan en la Tabla No. 3.8.

TABLA 3.9

FUNCION DISCRIMINANTE: EDAD.

FACTORES	DIMENSION	COEFICIENTE
Factor 1 de Auto Estima	Sociable-Insociable	-.69
Factor 1 de Salud	Estrés Fisiológico	-.55
Factor 2 de Auto Estima	Felicidad-Infelicidad	.64
Factor 3 de Auto Estima	Emotividad no Emotividad	.40
Factor 3 de Actitud	Actitud Positiva I	.32
Factor 4 de Actitud	Actitud Positiva II	.30

En el Histograma de la Función Canónica Discriminante aparecen los ms jóvenes que pertenecen al grupo 1 al lado izquierdo, es decir, del lado negativo y los ms viejos (grupo 2) aparecen en el lado derecho, es decir, en el lado positivo, lo que indica que se encuentran mejor. La predicción de membresa de la Función discriminante alcanzó un valor de 57.58%.

CAPITULO IV. DISCUSION Y CONCLUSIONES.

El presente estudio pretendió establecer si existe relación, y de que tipo es, entre un indicador de salud mental, el autoconcepto y la actitud que presentan los inmigrantes centroamericanos asentados en el Valle de México.

A continuación se presenta la discusión de los resultados obtenidos en el estudio que se realizó con el objeto de averiguar si el proceso de adaptación de los inmigrantes centroamericanos indicado por su estado de salud se ve afectado por su autoconcepto y la actitud hacia el país huésped.

La primera hipótesis específica planteada en este estudio: "el estrés psicósomático que padecen los individuos, se ve influido por el autoconcepto y la actitud que tienen hacia el país huésped", quedó respondida por medio de una regresión múltiple, en la que se observó que el estrés psicósomático queda explicado por la dimensión Felicidad-Infelicidad (Autoconcepto), la Actitud Desfavorable hacia el país huésped, la Percepción Positiva del mexicano, la dimensión de Emotividad-no Emotividad (Autoconcepto). Para los inmigrantes, el hecho de auto percibirse Feliz-Infeliz resulta determinante para su salud psicósomática. Aunque, en la literatura revisada no se ha encontrado sustentación directa para los hallazgos de esta regresión, existe una relación indirecta entre estrés y autoconcepto que se encuentra en lo postulado por Dorhenwend y Dorhenwend (1979) acerca de los factores que contribuyen a los niveles de estrés que los individuos experimentan. Estos tres factores son: Los estímulos estresores, las fuerzas mediadoras externas, y las fuerzas internas. El autoconcepto pertenece o se incluye dentro de los mediadores internos y corresponde a los factores de personalidad que pueden influir en las respuestas del individuo frente a los acontecimientos o eventos estresantes de la vida y de esta respuesta depende la zona de riesgo en que se puede encontrar el individuo, lo que a su vez determina la vulnerabilidad a las enfermedades mentales. Como mediador interno el autoconcepto puede influir en las respuestas de afrontamiento del estrés (Smith, 1985). El Autoconcepto y la incidencia en patologías mentales ha sido estudiada especialmente en la población negra de los EE. UU. En general, los investigadores han teorizado acerca de que la población negra presenta un autoconcepto más bajo, porque ellos mismos internalizan a la mayoría de los miembros odiados por ellos mismos (Kardiner y Osewey, 1951). Un estudio realizado por Parker y Klein (1966) dan sustentación a la postulación de Kardiner y Osewey encontrando que los negros que presentaban trastornos mentales, se evaluaban por debajo del grupo de referencia que era considerado como normal o sano dentro de la comunidad. Los mismos autores concluyeron que la población negra estudiada presentaba altos niveles de estrés vinculado

a los esfuerzos desplegados para lograr la concreción de sus metas y aspiraciones. En cuanto a los factores de actitud, aunque estos resultaron de menor relevancia que el Factor 2 de Autoconcepto, se pueden conceptualizar (los de actitudes) como fuerzas mediadoras externas desde el punto de vista de Dohrenwend y Dohrenwend (1979) y por lo tanto afectan el estado de salud de los individuos en situación de migración en la dimensión de estrés psicossomático. El mismo autor conceptualiza los niveles de estrés que afectan al individuo en función de lo que él mismo y otros autores (Holmes y Rahe, 1967) han denominado eventos estresantes. De estos eventos en función de la cantidad, intensidad y tiempo, dependen los niveles de estrés del individuo y de estos niveles depende la aparición de sintomatología que afectan el estado físico y mental del individuo (Grant, Sweetwood, Yager y Gerts, 1978). En estos mismos términos, la migración se conceptualiza como un proceso estresante (Murphy, 1955) y los individuos implicados se encuentran afectados por los efectos que el proceso mismo provoca y desarrolla en el estado físico y mental del sujeto (Merlou, 1946; Pedersen, 1949; Eitinger, 1958). La segunda y tercera teoría de Murphy se encuentra sustentada por los modelos desarrollados por Morrison (1973) y el Modelo de Reasentamiento de refugiados postulado por Pearlín, Lieberman, Managhan y Mullen (1981) que operan durante todo el proceso y que constituyen los diversos eventos estresantes que actúan y afectan en diferente grado al individuo dependiendo de los mecanismos de afrontamiento de que disponga el mismo. Para el inmigrante todos los acontecimientos de la vida cotidiana resultan ser eventos estresantes; el hecho mismo de pertenecer a una minoría racial constituye un evento fuertemente estresante (Sherif y Sherif, 1956; Harding, Prohansky, Kutner y Chen, 1969). Parece ser que para el caso de los inmigrantes resulta ser más importante cómo se sienten o cómo se perciben en comparación con cómo ellos perciben o sienten a los demás; es decir, el autoconcepto resultó ser más relevante que la actitud hacia el país huésped.

La segunda hipótesis del estudio: "el estrés fisiológico que afecta al individuo se ve influido por el autoconcepto y la actitud hacia el país huésped". En la regresión múltiple, el estrés fisiológico se encontró afectado por tres factores que son: el Factor 2 de Autoconcepto que corresponde a la dimensión de Felicidad-Infelicidad; en orden decreciente le sigue el Factor 3 de Autoconcepto que corresponde a la dimensión de Emotividad-no Emotividad; y el tercero corresponde al Factor 3 de Actitud que corresponde a la dimensión de Percepción Positiva hacia el mexicano. Los resultados obtenidos son muy semejantes a los arriba presentados.

La tercera hipótesis específica del estudio: "el estrés fisiológico que afecta a los individuos se ve influido por el Autoconcepto y la actitud hacia el país huésped". En la regresión correspondiente se observó que nuevamente apareció el Factor 2 de Actitud dimensionado como Felicidad-Infelicidad; en segundo lugar el Factor 2 de Autoconcepto que corresponde a la dimensión de Sociable-Insociable. De acuerdo a los resultado del análisis de regresión, los Factores de Autoconcepto predominan sobre los factores de Actitud. Las medias de los tres factores predominantes fueron siguientes: para el Factor 2, Felicidad- Infelicidad, $X=4.185$, para el Factor 3 Sociable-Insociable, $X=3.281$. Este último Factor corresponde al Factor de Salud Mental en la Escala original de La Rosa (1986). Como se observa, se obtuvo una media baja, lo que se puede interpretar como que existen posibles problemas de salud mental en los sujetos sometidos a las tensiones de la migración.

Una primera conclusión a la que se puede llegar es que los aspectos de los mediadores internos, como lo es el Autoconcepto (Dohrenwend y Dohrenwend (1974), en este caso en sus dimensiones de Felicidad-Infelicidad, Emotividad no Emotividad y Sociable- Insociable son más importantes en el efecto que tienen sobre la salud mental del inmigrante, en cualquiera de sus tres indicadores: estrés psicossomático, fisiológico y psicológico. A esta misma conclusión llegaron: Peiser, Turner y Ganesen, (1989); Merloo, (1946); Pedersen, (1949); Murphy, (1977); Tyhurst, (1951); Eitinger, (1973); Eitinger y Ström, (1973); Fraser y Pecora, (1985-1986).

La cuarta hipótesis específica planteada en este estudio se relaciona con el perfil de los inmigrantes centroamericanos asentados en el Valle de México en el proceso de adaptación hacia el país huésped en relación con las dimensiones de Autoconcepto, Actitud hacia el país huésped y la Salud (como indicador del proceso de adaptación) en función de su sexo, estado civil, escolaridad años de residencia en México y edad.

La primera Función Discriminante Estandarizada que diferencia a los inmigrantes de acuerdo al sexo, tiene a seis factores que componen la función discriminante. En primer lugar aparece el Factor 1 de Salud, estrés psicossomático; le sigue el Factor 3 de Autoconcepto dimensionado como Emotividad-no Emotividad; en tercer lugar el Factor 1 de Autoconcepto, que corresponde de Sociable-Insociable; seguida por dos Factores de Actitud, correspondientes a la dimensión de Percepción Positiva y el Factor 2 de Salud, Estrés fisiológico. Tomando en cuenta las medias obtenidas en las variables que formaron la Función Canónica Discriminante, se puede decir que lo que distingue a los hombres de las mujeres inmigrantes es que el hombre sufre de mayor estrés psicossomático y fisiológico y es más sociable que la mujer, mientras que ésta expresa mejor su emotividad y tiene una actitud de percepción positiva hacia los mexicanos. Esto puede explicarse en virtud de que es el hombre el que tiene que

responder ante la familia, encontrando un trabajo, bien remunerado. Por supuesto que esto es difícil. Por lo general, los inmigrantes desempeñan los trabajos más sencillos y menos remunerados, y viven de la asistencia de organismos no gubernamentales, los cuales proporcionan una ayuda relativamente pequeña. Así como señala Texidor, (1988), la pobreza, el bajo estatus socioeconómico (Canino, 1982), afectan el proceso de adaptación de los migrantes.

Los hallazgos contradicen los estudios realizados por Tyhurst (1951 (1951), realizado en inmigrantes de Europa del Este: encontró que el 87.5% de las mujeres se encontraban afectadas por un amplio espectro de trastornos mentales, desde la ansiedad, angustia depresiva hasta esquizofrenia. En tanto que sólo el 12.5% de los hombres, y en un espectro más reducido (no llegando a la esquizofrenia se encontraban afectados por trastornos mentales). Estudios más recientes que comparan hombres y mujeres), como en el de Maccoby y Jacklin (1974), reportaron que las mujeres presentaban más baja autoestima que los hombres y mayor cantidad de síntomas de depresión y ansiedad (Dohrenwend y Dohrenwend, 1974); Wiessman y Klerman, (1977). En otro estudio realizado por Texidor de Portillo (1988) en una muestra de mujeres latinas migrantes a los EE. UU., asentadas en el estado de California, encontró que hay una relación directa entre pobreza, autoconcepto y salud mental. En el mismo contexto, Becerra (1982) postula que la mujer latina residente en los EE.UU. constituye un grupo de alto riesgo para desarrollar enfermedades mentales. En este mismo contexto, Canino (1982) postula que la baja condición económica en que viven las mujeres latinas, el conflicto de los roles resultado de la migración y el propio proceso de aculturación, contribuye a colocar a la mujer latina en una zona de alto riesgo. La contradicción puede resolverse en el sentido de que los estudios realizados hacen referencia a migrantes en países huésped anglos, europeos, mucho más desarrollados que los países de origen. En nuestro caso, la distancia cultural, el modo de hacer las cosas, es más semejante entre los países de origen y el país huésped. Hay comunidad de lengua, religión, niveles de demanda y eficiencia laboral.

La diferenciación en el perfil de adaptación en función del estado civil se realizó por medio de un análisis discriminante entre los factores de las Escalas de Autoconcepto, Salud y Actitud hacia el país huésped. Diferenciaron a los individuos que viven Con Pareja de los que viven Sin Pareja la dimensión de estrés fisiológico, dos factores de Actitud de Percepción Positiva hacia el mexicano. De acuerdo a como se agruparon los sujetos en el histograma se puede afirmar que los sujetos que viven Con Pareja se encuentran menos afectados por causas físicas y/o psicológicas. Por otro lado, tomando en cuenta los promedios obtenidos por los sujetos investigados, se observa que aquellos que viven o tienen pareja tienen menos estrés fisiológico, tienen una percepción más positiva hacia el país huésped (mexicanos) y son más altruistas que aquellos que carecen de pareja. Por otro lado, partiendo del supuesto de los que tienen pareja se

encuentran menos aislados en el nuevo contexto y en la propia relación de pareja encuentran un reforzamiento al afrontamiento de los eventos estresantes, el hallazgo de la Función Discriminante podría vincularse a la teoría del Soporte Social de Caplan (1974), que postula que el soporte social actúa como un factor amortiguador del estrés. En el caso específico de los inmigrantes, aquellos que tienen o cuentan con un fuerte soporte social quedarían más protegidos y menos vulnerables a desarrollar sintomatología vinculada al estrés.

La sexta hipótesis plantea la diferenciación en el perfil de adaptación de los inmigrantes centroamericanos en función del nivel de escolaridad. El nivel de escolaridad se definió en dos grupos: el grupo 1 secundaria terminada, y menos el grupo 2 preparatoria hasta título académico. Se obtuvo una Función Discriminante estandarizada formada por seis factores que en orden decreciente de importancia van a diferenciar a los sujetos en su perfil de adaptación en relación con el nivel de escolaridad. Lo que mejor distingue al grupo de Bajo Nivel de Escolaridad del grupo de Alto Nivel de Escolaridad es el Factor 2 de Autoconcepto, que corresponde a la dimensión Felicidad- Infelicidad; luego le sigue el Factor 1 de Actitud que corresponde a la dimensión de Percepción Negativa, hacia el país huésped; le sigue el Factor 1 de Salud que corresponde a la dimensión de Estrés Psicossomático; en cuarto lugar el Factor 3 de Actitud que corresponde a la dimensión de Percepción Positiva del Mexicano; le sigue el Factor 5 de Autoconcepto dimensionado como Autoestima Positiva-Autoestima Negativa; y en último lugar apareció el Factor 3 de Autoconcepto que corresponde a la dimensión de Emotividad-no Emotividad. En el Histograma de la Función Discriminante se observó que el grupo 2 de Alta Escolaridad se concentró hacia el lado derecho; es decir, en el polo positivo. En tanto que el grupo 1, de Baja Escolaridad se agrupó hacia el lado izquierdo o negativo.

Tomando en cuenta los promedios obtenidos por los sujetos inmigrantes de acuerdo a su nivel de escolaridad, se observa que aquellos que tienen un nivel de escolaridad más alto (grupo 2), padecen más estrés psicossomático, tienen una percepción menos negativa del mexicano (grupo 1) son más felices, tienen una expresión emocional mejor (salud mental) y una mayor autoestima que aquellos de menor escolaridad.

En la literatura revisada en este trabajo no se encontró estudio alguno que coincidiera con este hallazgo; el resultado apunta hacia una ligera contradicción con lo postulado por Lazarus (1986) en el sentido que los sujetos con mayor nivel de escolaridad poseen mayores recursos para el afrontamiento de los eventos de la vida y por lo tanto debieron tener menos estrés psicossomático. Sin considerar este punto, en general, el inmigrante con escolaridad más alta, se percibe más feliz, tiene una actitud menos negativa hacia los mexicanos, tiene mejor autoestima y maneja mejor su emotividad, teniendo con esto, mayores recursos de afrontamiento, haciéndose por lo tanto menos vulnerable a los eventos estresantes de la vida en el país huésped (México).

La séptima hipótesis planteada en este estudio relaciona el perfil de adaptación de los inmigrantes centroamericanos asentados en el Valle de México y su diferenciación de acuerdo a los años de residencia en país huésped, y quedó establecida, para el grupo 1 de uno a siete años de residencia y para el grupo 2 de más de siete años de residencia. Se obtuvo una Función Discriminante formada por tres Factores que en orden decreciente a su importancia diferenciaron al grupo 1 del grupo 2 y ellos son: el Factor 1 de Autoconcepto dimensionado como Sociable- Insociable, le sigue el Factor 2 de Actitud dimensionado como Percepción Negativa del Mexicano y por último el Factor 4 de Actitud dimensionado como Percepción Positiva del Mexicano. Considerando los promedios obtenidos por los sujetos inmigrantes, de acuerdo a los años de residencia en México, se encontró que aquellos que tienen menos años de residencia en México tienen una percepción menos negativa del Mexicano, siendo también más sociables que los que tienen más tiempo de residencia.

Estos resultados coinciden con el obtenido por Pinter (1969) en su estudio con refugiados húngaros en Suiza en el cual los sujetos presentaron durante los primeros cinco años de residencia mejor salud mental, caracterizada por el bienestar que experimentaron a la llegada (estado de fascinación y euforia). Después de este lapso aparecen las diferencias culturales y las tensiones que se derivan de la confrontación de la misma, que influyen en el estado de salud mental de los sujetos inmigrantes. En esta etapa aparecen los problemas psicopatológicos de los inmigrantes, la actitud positiva de la primera etapa desaparece y en adelante aparecen las tensiones de la vida cotidiana, y los problemas que implican pertenecer a una minoría étnica en un país desarrollado; en esta etapa los húngaros aspiraban a ser tratados como los suizos, pero aparecieron los problemas de la discriminación racial y social. En este período apareció el cuestionamiento de su propia identidad, esto ocurrió principalmente en el grupo de 20-40 años de edad; otro grupo quedó aprisionado entre el aislamiento y la marginalidad. De este estudio se concluye que los primeros años de residencia de los inmigrantes se caracterizan por un bienestar, justificando la conservación de sus propios valores e identidad.

La octava hipótesis específica planteada en este estudio se refirió al perfil de adaptación de los inmigrantes centroamericanos asentados en el Valle de México en función de su edad. Se establecieron dos grupos de edad, quedando conformado el grupo 1 por los sujetos de 18-31 años de edad, y el grupo 2 por los sujetos de más de 32 años.

Se obtuvo una Función Discriminante Estandarizada formada por seis factores que en orden decreciente de importancia diferenciaron el grupo 1 del grupo 2. Quedando en primer el Factor 1 de Autoconcepto dimensionado como Sociable-Insociable; le sigue el Factor 2 de Autoconcepto dimensionado como Felicidad- Infelicidad; seguido por el Factor 1 de Salud, dimensionado como Estrés Psicosomático; le sigue el Factor 3 de Autoconcepto dimensionado como Emotividad-no Emotividad; seguido por el Factor 3 de Actitud, dimensionado como Percepción Positiva del Mexicano y por último el Factor 4 de Actitud dimensionado como Percepción Positiva del Mexicano. Tomando en cuenta los promedios de los grupos de inmigrantes investigados en relación a su edad, se observó que los de mayor edad tienen menos estrés psicosomático, una percepción más positiva del país huésped (de los mexicanos), son menos sociables, pero se perciben más felices y expresan mejor su emotividad (mejor salud mental) que los de menor edad.

Los hallazgos de este análisis no concuerdan con los obtenidos por Ödengård (1932), ya que éste postula que los factores sociales del nuevo entorno son de gran importancia especialmente para aquellos individuos que emigran en edades mayores. Este grupo presenta, en el estudio de Ödengård, una gran incapacidad para afrontar las exigencias y demandas del nuevo ambiente.

Los resultados de este quinto análisis tampoco concuerdan con los resultados obtenidos por Fraser y Pecora (1985-1986), los cuales muestran que los adultos presentan mayores problemas de adaptación que los jóvenes. Sin embargo, debe señalarse que los estudios referidos, tanto el de Ödengård como el de Fraser y Pecora fueron realizados en sujetos de origen escandinavo y asiático en EE.UU. y Canadá respectivamente. Es importante señalar que en el estudio de Fraser y Pecora no se definen rangos de edad (en los resultados se anotan que los viejos tienen mayores problemas de adaptación). En el caso de este estudio la distancia cultural entre país de origen y el país huésped es mínima, facilitando esta circunstancia el proceso de aculturación.

A partir de lo discutido hasta aquí, se puede llegar a una segunda conclusión general:

El caso de los inmigrantes centroamericanos asentados en el Valle de México se observa que en general los hombres, con pareja, de mayor escolaridad, con menos años de residencia en el país y los mayores tienen un perfil de adaptación más positivo y por lo tanto tienen o se encuentran en una zona de menor riesgo de patologías causadas por los procesos migratorios.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

El estudio aquí presentado estuvo sujeto a una serie de limitaciones que en su momento no pudieron preverse ni solucionarse después. En efecto el estudio debió haber incluido un análisis más exhaustivo acerca de los estímulos sociales que actúan como eventos estresantes. Se debió también haber incluido una medición sobre locus de control que es uno de los mediadores internos que actúan en el proceso de afrontamiento de los eventos de la vida; como también, se debió haber medido el apoyo social que es otro factor amortiguador de los efectos en el desarrollo de las patologías que se producen durante el reasentamiento en el proceso de migración. Se debió haber analizado los recursos que brinda el país huésped a los inmigrantes. Por último también se debió haber medido el grado de recertibilidad que tienen los habitantes del país huésped hacia los inmigrantes centroamericanos.

Con respecto al estudio realizado, se debió haber completado con algunos exámenes médicos de salud, incluyendo análisis de orina, análisis de sangre e inclusive electrocardiograma para establecer los grupos de riesgo y confirmar fisiológicamente los niveles de estrés. Esta limitación se debe a la falta de recursos económicos.

Por otro lado, el estudio en sí estuvo influido por limitaciones en lo que se refiere a la obtención de la muestra, debido a las dificultades que se tuvo para el acceso a la misma. Aún existiendo un registro de población inmigrante (legales), el acceso a la misma se dificulta seriamente. Por un lado son muy escasos los inmigrantes que tienen o cuentan con servicio telefónico; por otro lado, los inmigrantes presentan una gran movilidad para mudarse de domicilio y no dejar registrado el nuevo domicilio. Esta última estrategia corresponde, especialmente a los inmigrantes indocumentados o ilegales. No se sabe exactamente ni hay cifra oficial acerca del número de refugiados e inmigrantes en México. Según el Director de la Comisión Intersecretarial de Refugiados de la Secretaría de Gobernación, Sr. Luis Monasteries Ortiz en México entre 300 mil y 700 mil inmigrantes tanto legales como indocumentados (Excelsior, 28 de junio, 1991).

La muestra se obtuvo directamente de la clientela que acudió a las oficinas de los organismos que dan asistencia y protección como el ACNUR y algunas agencias internacionales no gubernamentales. Por razones de seguridad e integridad hacia las personas encuestadas no se registró la categoría de indocumentado o ilegal. De hecho

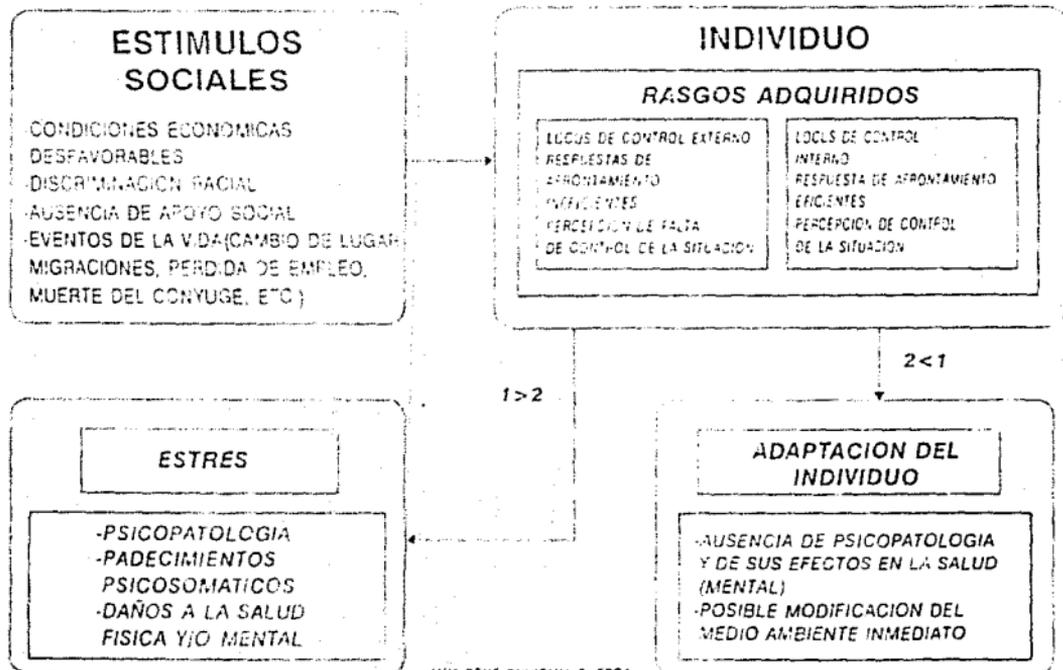
existe esta categoría y con un gran porcentaje de representación y con muchos años de residencia en México. A este hecho, los inmigrantes responden tratando de amexicanizarse lo más que sea posible y pasar inadvertidos dentro del medio (O'Dogherty, 1991) y negarse a ser encuestados.

Con respecto a sugerencias para lograr un acercamiento al proceso de adaptación se debe tener en cuenta los factores no incluidos y reportados más arriba. Al mismo tiempo, de acuerdo a la literatura revisada fundamentalmente en las postulaciones de Dohrenwend y Dohrenwend (1979), se hace necesario (en México) un estudio más exhaustivo de los estímulos sociales del medio que actúan como eventos estresantes de la vida para el inmigrante, tales como condiciones económicas y sociales desfavorables. El bajo estatus económico es un riesgo para la salud mental (Texidor de Portilla, 1989); la discriminación racial, la ausencia de apoyo social; otros eventos de la vida que resultan amenazantes (especialmente para el inmigrante), como la pérdida de empleo, dificultad para encontrar empleo, el cambio de residencia, etc., etc.

Esta serie de estímulos estresantes pueden tener diferente acción sobre el individuo. Para algunos los puede conducir a la Psicopatología, padecimientos psicosomáticos y finalmente, daños en la salud mental. Esto resulta cuando el afrontamiento es deficiente por la falta de recursos del medio (apoyo social), un locus de control externo, que daría una percepción de falta de control de la situación social más adecuada, percibe el control de la situación, las respuestas de afrontamiento resultan ser más eficientes. En estas condiciones se puede afirmar que el individuo funciona en el ambiente, y si funciona adecuadamente se puede hablar de que se encuentra adaptado. En el caso anterior predominan las tensiones y el resultado es una mala adaptación.

La figura que se presenta ilustra la relación de adaptación y no adaptación. Cuando los eventos de la vida sobrepasan la capacidad de afrontamiento sobreviene la mala adaptación. Cuando el individuo, en este caso los inmigrantes logran controlar la situación los mecanismos de afrontamiento, se produce una adaptación al medio.

MODELO PARA LA INVESTIGACION DE MIGRACION



LUIS RENÉ QUINTANA GUERRA
1993

BIBLIOGRAFIA

- Adler, P. S. (1975). The Transitorial Experience. An alternative view of culture shock. *Journal of Humanistic Psychology*, 15,4: 13-23.
- Aguayo, S. (1985). *El Exodo Centroamericano*. México, Editorial Dirección General de Publicaciones de la SEP, S.A.
- Aguayo, S. y Weiss, P. (1988). *Central Americans in Mexico and the United States, Hemispheric Project*. Center of Migration Policy and Refugees Assistance. Georgetown University, U.S.A.
- Allodi, F. (1980). The psychiatric effects in children and families of victims of political persecution and torture, *Danish Medical Bulletin*, vol. 27 5.
- Allport, D. (1954). *The nature of Prejudice*. Reading, MA: Adisson-Wesley.
- ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA REFUGIADOS (ACNUR) (1991). *Quaderni*. Publication edited by the UNHCR (United Nations Hight Commissioner for Refugees) Branch Office in Italy.
- ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA REFUGIADOS (ACNUR). *Informe*, Ginebra, Suiza.
- Alund, A. (1979). Kulturchock-Kulturchock. Föredrag vid symposium om Sverige, minoriterna och framtiden: *Inte lika men Jämlika*. Göteborg (1979), Sociologiska Institutionen, Umea Universitet, Sweden.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1988). *DSM-III R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España, Masson Editores, Editorial Grafos.
- AMNISTIA INTERNACIONAL (1990). *Reporte*. Amnesty International Publications, London, U. K.
- Barudy, J., Paez, D y Martens, J. (1982). Psicopatología de la Tortura y la Represión. En *Psicopatología de la Tortura y el Exilio*. Madrid, España, Editorial Fundamentos.

- Barundy, J., Serrano, J. y Durand, E. (1982). El Mundo del Exiliado Político Latinoamericano. En *Psicopatología de la Tortura y el Exilio*. Madrid, España, Editorial Fundamentos.
- Beard, J. H., Melanud, T. J., y Rossman, E. (1978). Psychiatric rehabilitation and long-term Hospitalization rates: The findings of two research studies. *Schizophrenia Bulletin*, 4(49), 622-635.
- Becerra, R. M., Karno, M. y Escobar, J.J. (1982). The hispanic patient: *Mental health perspectives*. New York: Grune and Stratton, Inc.
- Beiser, M. (1990). Mental Health of Refugees in Resettlement Countries. En *Mental Health of Immigrants and Refugees*. Edited by Wayne Holtzman y Thomas H. Borneman, Hogg Foundation for Mental Health. The University of Texas, Austin, Texas, U.S.A.
- Beiser, M., Turner, R. J. y Ganesan, S. (1989). Catastrophic stress and factors affecting its consequences among Southeast Asian refugees. *Social Sciences and Medicine*. 28, 183-195.
- Benz, W. y Gram, H. (1991). *El Siglo XX*. Problemas mundiales entre los dos bloques de poder. México, Editorial Silo XXI.
- Bettelheim, B. (1943). Individual and mass behaviour in extrema situation. *Journal of Abnormal Social Psychology*. Vol. 38:417-452.
- Bettelheim, B. (1982). *Sobrevivir y otros ensayos*. Barcelona, España, Alianza Editorial.
- Brown, G. (1982). Issues in resettlement of Indochinese refugees. *Social Casework* 63(39), 155-159.
- Canino, G. (1982) The hispanic woman: Sociocultural influence on diagnoses and treatment. Becerra, M., Karno, R. M. y Escobar, J.J. (Eds.). *Mental Health and Hispanic Americans*. New York: Grune and Stratton, Inc.
- Cannon, W.B. (1932). *The Wisdom of the body*. New York: Norton.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications.
- Caplan, N., Whitmore, J. K. y Choy, M. H. (1989). *The Boat People and achievement in America: A study of family life, hard work and cultural values*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

- Capuano, E. (1992). *Comunicación personal*.
- Carr, L. G. y Krause, E. (1978). Social status, psychiatric symptomatology and responses bias. *Journal of Health and Social Medicine*, 19:86-91.
- Carrasco, J.C. (1981). *Exilio*. ESSIN-I. Rotterdam, Holanda.
- Castilla, M. A. (1990). *Análisis de la evolución del marco jurídico para la protección del refugiado en México*. Trabajo realizado para el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (estencil).
- Castillo, M. A. (1989). La Frontera México-Guatemala: un ámbito de relaciones complejas. En *Estudios Latinoamericanos*. No. 6-7, México, CELA.
- CEPAL (1991). (Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe. *Informe*.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Comblin, J. (1978). *El poder militar en América Latina*. Salamanca, España, Ediciones Sígueme.
- COMAR (1988). (Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados). *Informe*. Chodoff, P. (1981). Survivors of the Nazi Holocaust. *Children Today*. Sep.-Oct., 2-5.
- David, H. (1969). Involuntary International Migration. Adaptation of Refugees. *International Migration*. Vol. 7:3-4.
- Declaración de Cartagena* (1984). Coloquio sobre la Protección Internacional de los Refugiados en América Central, México y Panamá: Problemas Jurídicos y Humanitarios. Cartagena de Indias, Colombia. Publicado por el Gobierno de la República de Colombia.
- Diccionario de Sociología* (1949). México, Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Dohrenwend, B. S. y Dohrenwend, B. P. (1974). *Stressful life events: Their nature and effects*. New York: John Wiley.
- Dohrenwend, B. S. y Dohrenwend, B. P. (1979). Class and race as status-related source of stress. En Levine, S., y Scoth, N. (Eds.). *Social Stress*. Chicago. Aldine.

- Dohrenwend, B. S. y Dohrenwend, B. P. (Eds.) (1981). *Stressful life events and their contexts*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Dohrenwend, B. S. y Dohrenwend, B. P. (1983). Life stress and psychopathology. En Regier, D.A. y Allen, C. (Eds.). *Risk factors research in the major mental disorders*, (DHHS Publication No. ADM 83-1068). Rockville, MD: National Institute of Health.
- Duarte, A. y Seguel, J. (1980). Exilens Förbannelse, psykiska störningar hos politiska flyktingar. *Invandrare och minoriteter*, Nr. 2.
- Eaton, E. W. (1983). Demographic and social-ecologic risk factors for mental disorders: *Risk factor research in the major mental disorders* (DHHS Publications No. ADM 83-1068). Rockville, MD: National Institute of Health.
- Egidius, H. (1981). *Psykologiska grundbegrepp*. En Uppslagsbok. Lund, Swede, Liber Läromedel.
- Eisenstadt, S.N. (1954). Studies in reference group behavior. I. Reference norms and the social structure. *Human Relation*, 7, 1991-221.
- Eitinger, L. (1958). *Psykiatriske undersøkelser blant flyktinger i Norge*. Oslo, Universitets forlaget.
- Eitinger, L. (1971). Inmigranterns psykologiska problems. *Identitet och Minoritet*. Teori och politik i dagens Sverige, Schwartz, D. (Red). Sverige, Almqvist & Wiksell, Stockholm.
- Eitinger, L. (1973). Concentration Camp Survivors in Norway and Israel. En *Uprooting and after*. En Zwingmann, Ch., y Pfister-Amme, M. (Eds.), Berlin, Heidelberg, New York, Springer-Verlag.
- Eitinger, L. (1981). Foreigners in our time: Historical survey on Psychiatry's approach to migration and refugees status. En *Strangers in the World*. Eitinger, L. y Schwartz, D. (Eds.). Hans Hubers Publishers.
- Eitinger, L. y Ström, A. (1973). *Mortality and Morbidity after Excessive Stress*. Oslo, Universitets forlaget, New York, Humanities Press.
- Ell, K. (1984). Social networks, social support, and health status: a review. *Social Service Review*, 58(1), 139-149.

- Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales* (1975). Volumen 7, España, Editorial Aguilar.
- Espadale, J. M. (1978). Tortura y estrés. Correlatos fisiopatológico. En *Contra la Tortura*, Coraminas, J. y Farre, J.M. (Eds.). Barcelona, España, Editorial Fontanella.
- EXCELSIOR*. 26 de julio de 1992.
- Fairchild, H. P. (1961). *Diccionario of sociology and related science*. Paterson, NJ: Littlefield, Adams & Co.
- Fraser, M. W. y Pecora, P.J. (1985). Psychological adaptation among indochinese refugees. *Journal of Applied Social Science*. Vol. 10, No. 1:20-39.
- Gaertner, M. L. (1955). Comparison of Refugees and Non-Refugees Immigrant to New York City. En Murphy, H.B.M. (Ed.). *Flight and Resettlement*. UNESCO. París.
- Granoveter, M. S. (1973). The strenght weak ties. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360-1380.
- Granovetter, M. S. (1983). The strenght weak ties: A network theory revisited. *Sociological Theory*, 1819, 201-233.
- Grant, I., Sweetwood, H. L., Yager, J., y Gerst, M. S. (1978). Patterns in the relatinhsip of life events and psychiatric simptoms over time. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, 183-191.
- Grinberg, I. y Grinberg, R. (1984). *Psicoanálisis de la Migración y el Exilio*. Madrid, España, Alianza Editorial.
- Gunderson, E. K. E., y Rahe, R. H. (Eds.). *Life stress and illness*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Hare, E. H. (1955). Mental Illness and Social Class in Bristol. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 9:191- 195.
- Harding, J., Prohansky, H., Kutner, B., y Chen, I. (1969). Prejudice and ethnic relations. En Lindsey, G., y Aronson, E. (Eds.). *The handbook of Social Psychology* (Vol. 5) Reading, MA: Addison-Wesley.

- Helweg-Larsen, P. et al. (1949). Famine disease in German concentrations camps complications and sequels. *Acta Medica Scandinavica*, 1952, 44. Suppl. 274.
- Herman, K. y Thygesen, P. (1954). KZ-Syndrom. Hungerdystrofiens fogeltilstand 8 ar efter. *Ugeskrift for Laeger*, Nr. 22, 825-836 3/6.
- Hill, R., Hanse, D.A. (1962). Families in Disaster. En Baker, W. and Chapman, D. W. (Eds.). *Man and Society in Disaster*. New York: Basic Books.
- Hollingshead, A. B. y Reidlich, F. C. (1958). *Social Class and Mental Illness: A community study*. New York, John Wiley.
- Holmes, T. H. y Rahe, J. B. (1967). The social readjustment ratings scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11:213-218.
- Horowitz, M. J. (1969). *Stress response syndrome*. New York: Janson Aronson.
- Hull, D. (1979). Migration, adaptation, and illness - A review. *Social Science and Medicine*, 13, 26-36.
- Jaco, E. G. (1954). The social isolation hypothesis and schizophrenia. *American Sociological Review*, 19, 567-577.
- Jones, E. (1977). *Geografía Humana*. Barcelona, España, Editorial Labor.
- Kagan, A y Levi, L. (1975). Health and Environment-psychosocial stimuli: a review. En Levi, L. (Ed.). *Society, Stress and Disease*. Vol. II. Childhood and Adolescence, pp. 241-260. London, U. K. Oxford University Press.
- Kardiner, A. y Owesey, L. (1951). *The mark of oppression*. New York, Norton.
- Kardiner, A y Spiegel, H. (1947). *War stress and Neurotic Illness*. New York: Hoeber.
- Koranyi, E. K., A. B. Kerenyi, and G. S. (1958). On adaptive difficulties of some Hungarian immigrants: A socio-psychiatric study. *Med. Services J., Canada*, 14:383-405
- Kuo, W. (1976). Theories of migration and mental health: An empirical Testing on Chinese-Americans. *Social Science and Medicine*. Vol. 10:297-306.

- La Rosa, J. (1986). *Escalas de Locus de Control y Autoconcepto: Construcción y validación*. Departamento de Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lazarus, R. S. (1963). *Personality and Adjustment*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Press, Inc.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1971). *Personlighet och anpassning*, Stockholm, Sweden, Wahlström och Wildstrand.
- Lazarus, R.S. (1974). Psychological stress and coping in adaptation and illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5, 321-333.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. *Estrés y Procesos Cognitivos*, España, Barcelona. Ediciones Martínez Roca.
- Lazarus, D. (1990). ¿Nuevos extranjeros a la puerta? *Refugiados*, No. 69. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados. Ginebra, Suiza.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1978). *Diccionario de Psicoanálisis*. España, Barcelona, Editorial Labor.
- Levi, L. (1971). *Society, stress and disease*. London, U. K. Oxford University Press.
- Levi, L. (1979). Reporte sobre Salud Pública. *Publicación del Departamento de Salud Pública de los EE.UU.*
- Levi, L. (1988). El estrés psicosocial en Medicina. En *Las Nuevas Ciencias de la Conducta*. Pág. 187-196. Buenos Aires, Acme.
- Lira, E. (1990). *El Miedo. Una Dimensión Psicosocial*. Santiago de Chile, en Prensa.
- Maccoby, E. E. y Jacklin, C.N. (1974). *The Psychology of sex difference*. Standbord, CA: Stanford University Press.
- Malzberg, B. (1962). Migration and mental disease among the white population in New York State, 1949-1951. *Human Biology*, 34:89-98.

- Mayada, N. S. (1984). Psychosocial welfare of refugees: An expanding service area of social work. *International Social Work*, 26(1), 47-55.
- McCarthy, J., y Yacony, L. (1971). Uncle Tom and Mr. Charlie: Metaphysical pathos and the study of racism and personal disorganization. *American Journal of Sociology*, 76, 648-672.
- McNall Burns, E. (1970). *Civilizaciones de Occidente*. Su historia y su cultura. Buenos Aires, Peuse.
- Merloo, A.M. (1946). *Problems of displaced people*. Aftermath of Peace. New York: International University Press.
- Mousalli, M. (1982). Who is Refugee? En *Refugees Magazine*. Ginebra, Suiza. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados, septiembre-octubre, pág. 82.
- Monasterios Ortiz, L. (1991). *Excelsior*, 28 de junio de 1991.
- Moncada, J. (1992). América Latina: Sincronía de la Pobreza. México, D.F. *Estrategia*, No. 104.
- Morrison, S. D. (1973). Intermediate variables in the association between migration and mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 19:60-65.
- Mosquera Aguilar, A. (1991). Política y Estado de Derecho en México. En *Una Década de Refugio en México*. Los Refugiados guatemaltecos y los Derechos Humanos, Compiladores: Freyermuth, R., y Hernández, A. Publicación de la SEP. Ediciones de la Casa Chata, Tlalpan.
- Murphy, H. B. M. (1955). *Flight and Resettlement*. París, UNESCO.
- Murphy, H. B. M. (1973). Migration and the Major Mental Disorder: A Reappraisal. En *Uprooting and after*. Zwingmann, Ch. y Armende, M. (Eds.). Berlin, Heidelberg, New York, Springer- Verlag.
- Murphy, H. B. M. (1977). Migration, culture and mental health. *Psychological Medicine*, 7, 677-687.

- Murphy, L. B. y Morarty, A. E. (1976). *Vulnerability, coping, and growth: From infancy to adolescence*. New Haven, Connecticut: Yale University Press.
- Niederland, W. G. (1968). Clinical observations on the survivors syndrome. *International Journal of Psychoanalysis*, 49:313- 315.
- Oberg, K. (1960). Cultural shock: Adjustment to the new cultural environment. *Practical Anthropology*, 7, 177-182.
- Ödengård, Ö. (1932). Emigration and Insanity. *Acta psychiatrica et Neurologica*. Supplement 4. Levin & Musksgaard, Copenhagen, Danmark.
- O'Dogherty, L. (1991). *Centroamericanos en la ciudad de México*. Desarraigados y el silencio. Publicado por la Academia Mexicana de Derechos Humanos, México, Editorial Piensa.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1990). *Documentos Básicos*. Ginebra, Suiza.
- Parker, S., Klein, R. (1966). *Mental illness in the urban Negro community*. New York: Free Press.
- Parker, S., Kleiner, R. J. y Needelman, B. (1969). Migration and Mental Illness. *Social Science Medicine*, 3(1), 1-9.
- Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G. y Mullen, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- Pedersen, S. (1949). Psychopathological reactions to extreme social displacement (refugees neurosis). *Psychoanalytical Review*, 33, 344-354.
- Pérez Guzmán, C. (1991). Propuesta a la Modificación de la Ley General de Población. En *Una Década de Refugio en México*. Los Refugiados Guatemaltecos y los Derechos Humanos. Compiladores, Freyermuth, R. y Hernández, A. Publicación de la SEP. México, Ediciones de la Casa Chata, Tlalpan.
- Pfister-Ammende, M. (1973). Problems of Uprooting. En *Uprooting and After*. Zwingman, Ch. y Pfister-Ammende, M. (Eds.). Berlin, Heidelberg, New York, Springer-Verlag.

- Pinter, E. (1969). Wohlstandsfluchtlinge. Eine Socialpsychiatrische Studie an Ungarischen Flüchtlingen in der Schweiz. *Bibliotheca, Psychiatrica et Neurologica*, 138 New York, Basel, Karger.
- Quintana, L. R. (1983). *Latinamerikanska Flyktingar i Sverige: Anpassning och anpassningsproblem*. En Litteraturgenomgång. Repport Nr. 167. Institutionen för stressforskning. Karolinska Institutet. Stockholm Sweden.
- Quintana, L. R. (1986). *Confrontación Cultural y Crisis Familiar*. En *Pueblo Indoeamericano*, No. 20; 10-12.
- Ramos, A. (1991) *La guerra que viene*. Siglo XXI, La Centuria del Pacifico. México. Grupo Editorial Iberoamérica.
- Ríos, J. (1985). *Möte, Separation, och Sorg*. En Studie om separation bland latinamerikaner i exil. Institution för Social Arbete. Göteborgs Universitet. Sweden.
- Rumbaut, R. G. (1985). Mental health and the refugees experience: A comparison study of Southeast Asian refugees. En Owan, TC. (Ed.). *Southeast Asian Mental Health* (pp. 433-486). Rockwille, MD: National Institute of Mental Health.
- Santistevan, J. (1990). La experiencia del ACNUR con los refugiados guatemaltecos en el Sureste de México. En *Una década de refugio en México*. Los refugiados guatemaltecos y los Derechos Humanos. Compiladores, Freyermuth, G., y Hernández, A. Publicado por la SEP. México, Ediciones de la Casa Chata, Tlalpan.
- Sanua, V. (1970). Immigration, migration and mental illness, A review of the litterature with special emphasis on schizophrenia. *Behavior in New Environment: Adaptation of migrants*, pp. 291-352, Brody, E. B. Beverly Hills: Sage Publications.
- Selye, H. (1936). A Syndrome produced by innocuous agent. *Nature*, vol. 138, 32.
- Selye, H. (1982). History and present status of the stress concept. En *Handbook of Golberger, L. y Breznitz, S. (Eds.)*. New York, Free Press.
- Sheanan, J. (1987). *Patterns of Development in Latin America*. Poverty, repression and Economic Strategy. Princenton University Press.

- Sheriff, M., y Sheriff, C., (1956). *An outline of social Psychology*, New York: Harper y Row.
- Smith, E. M. J. (1985). *Ethnic Minorities: Life Stress, Social Support, and Mental Health Issues*. *The Counseling Psychologist*, Vol. 13, 4:537-579.
- Stavenhagen, R. (1990). Refugiados entre nosotros. México, D.F., *La Jornada*, 7 de diciembre de 1990.
- Stora, J. B. (1992). *El Estrés*. México, Publicaciones, O. Cruz.
- Targowla, R. (1950). Le syndrome D'hypermnésie émotionnelle paroxostyque tardif. *La Presse Medicale*, Vol. 58, No. 40:728-731.
- Targowla, R. (1954). Les Séqueles pathologiques de la deportation dans les camps de concentration allemands pedant les deuxieme guerre mondiales. *La Presse Medicale*. Vol. 62, No. 29, 611-613.
- Texidor del Portillo, C. (1988). *Poverty, Self Concept, and Health: Experience of Latinas*. San Francisco, CA: Haworth Press. Inc.
- Thygesen, P. (1979). The concentration camp syndrome. *Danish Medical Bulletin*, Vol. 27, No. 5, pág. 224-228.
- Tolsdorf, C.C. (1976). Social networks, support and coping: an exploratory study, *Family Process*, 15(4), 407-417.
- Tyhurst, L. (1955). Displacement and Migration. A study in social psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 101, 561-568.
- Váldez, M. y Flores de, T. (1985). *Psicobiología del estrés*. España, Barcelona. Ediciones Martínez Roca.
- Villar, R. y Nouria, H. (1980). *Skilmassa bland latinamerikanska flyktingar i Göteborg*. Socialhögskolan, Göteborgs Universitet, Sweden.
- Wallace, A.F.C. (1961). Culture. En Wallace, A.F.C. (Ed.). *Culture and Personality*. New York, Random House.
- Warheit, G., Holger, G.E., Vega,., Shimuzi, D. y Meinhardt, K. (1982). Interpersonal coping networks and mental health problems among four race-ethnic groups. *Journal of Community Psychology*, 14, 291-299.

- Wiener, H. (1985). The concept of stress in the light of studies on disaster, unemployment, and losses: A critical analysis. En Zales, M. R. (Ed.). *Stress in health and disease*. New York: Brunner/Mazel, 24-94.
- Weissman, M. M. y Klerman, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.
- Westin, Ch. (1973). *Existence and Identity*. Department of Education, Stockholms University, Sweden.
- Wise, D. (1982). Operaciones Secretas en el Extranjero: un panorama general. En *Los Archivos Secretos de la CIA*. Borosage, R. L., y Mark, J. (Eds.). México, Diana.
- World Federation for Mental Health (1960). *Uprooting and resettlement*, London, U.K. (WFMH, 1960).
- Zborowsky, M., y Herzog, E. (1952). *Life with People*. New York, International Universities Press, Inc.
- Zolberg, A. R., Suhrke, A. y Aguayo, S. (1989). *Scape from Violence*. Conflict and the Refugees Crisis in the Velopment World. New York, Oxford University Press.
- Zukerman, D. M. (1989). Stress, Self-Steam, and Mental Health: How does Gender Make a Difference? *Sex Roles*, Vol. 20, No. 7/8.
- Zwingmann, Ch. (1973). The Nostalgic Phenomenon and its Exploitation. En *Uprooting and After*. Zwingmann, Ch. y Pfister-Ammende, M. (Eds.). Be 'in, Heidelberg, New York, Springer-Verlag.
- Zwingmann, Ch. y Pfister-Ammende, M. (Eds.). (1973). *Uprooting and After*. General Review. Berlin, Heidelberg, New York, Springer-Verlag.

8.- Si usted trabaja a cuanto alcanzan sus entradas mensuales:

- Entre 1-3 salarios mínimos ()
- Entre 4-6 salarios mínimos ()
- Entre 7-9 salarios mínimos ()
- Entre 10-12 salarios mínimos ()
- Más de 12 salarios mínimos ()

9.- Está usted en México voluntariamente u obligadamente?

- voluntariamente ()
- obligadamente ()

ANEXO 2
INSTRUMENTO 1. (P1)

A continuación usted encontrará una serie de afirmaciones que se refieren a los mexicanos en general. Lea con mucho cuidado cada una de ellas, señale ante cada una que tan de acuerdo o en desacuerdo está con ellas. Para contestar, recuerde usted sus experiencias con los mexicanos. No hay respuestas correctas o incorrectas. Manifieste usted su opinión con toda tranquilidad. Sus respuestas son anónimas y la información que usted proporcione es absolutamente CONFIDENCIAL. Ponga una X en la alternativa que corresponda a la respuesta de su agrado.

- TA Significa totalmente de acuerdo.
A Significa de acuerdo.
I Significa Indiferente.
D Significa desacuerdo.
TD Significa totalmente en desacuerdo.

Por ejemplo: los mexicanos son trabajadores

TA A I D TD

A continuación marque usted las respuestas de su agrado:

1.- Los mexicanos son eficientes en su trabajo.

TA A I D TD

2.- Los mexicanos son personas poco imaginativas.

TA A I D TD

3.- Los mexicanos son honestos.

TA A I D TD

4.- Los mexicanos son personas que difícilmente me impresionan.

TA A I D TD

5.- Los mexicanos son mejores que nosotros (que los de mi propio país).

TA A I D TD

6.- Los mexicanos son derrochadores.

TA A I D TD

7.- Los mexicanos son personas discretas.

TA A I D TD

8.- Los mexicanos poseen rasgos indeseables.

TA A I D TD

9.- Los mexicanos son personas en las que se puede confiar.

TA A I D TD

10.- Los mexicanos respetan sólo la fuerza bruta.

TA A I D TD

11.- Los mexicanos son patriotas.

TA A I D TD

12.- Los mexicanos son poco respetuosos.

TA A I D TD

13.- Los mexicanos son afectuosos.

TA A I D TD

14.- Los mexicanos son supersticiosos.

TA A I D TD

15.- Los mexicanos son astutos.

TA A I D TD

16.- Los mexicanos son fraudulentos.

TA A I D TD

17.- Los mexicanos son machistas.

TA A I D TD

18.- Los mexicanos son lentos.

TA A I D TD

19.- Los mexicanos tienen dignidad acerca de ellos mismos.

TA A I D TD

20.- Los mexicanos son personas en que se puede confiar poco.

TA A I D TD

21.- Los mexicanos discriminan poco nuestro grupo.

TA A I D TD

22.- Los mexicanos son agresivos.

TA A I D TD

23.- Los mexicanos son personas apreciadas por nuestro grupo.

TA A I D TD

24.- Los mexicanos son un sufrimiento que debemos tolerar.

TA A I D TD

25.- Los mexicanos tienen buena imagen en el mundo.

TA A I D TD

26.- Los mexicanos son personas difíciles de tratar.

TA A I D TD

27.- Los mexicanos son tradicionalistas.

TA A I D TD

28.- Los mexicanos nos tienen envidia.

TA A I D TD

29.- Los mexicanos son personas mentalmente fuertes.

TA A I D TD

30.- Los mexicanos son intolerables.

TA A I D TD

31.- Los mexicanos son sinceros en sus acciones.

TA A I D TD

32.- Los mexicanos son personas poco respetadas en el mundo.

TA A I D TD

33.- Los mexicanos se compadecen de otros.

TA A I D TD

34.- Los mexicanos discriminan a nuestro grupo.

TA A I D TD

ANEXO 3
INSTRUMENTO 2. DE AUTOCONCEPTO (P2)

A continuación encontrará usted un conjunto de adjetivos que sirven para describirse uno mismo. Ejemplo:

Flaco(a) _____ Gordo
 muy bastante poco ni flaco poco bastante muy
 flaco flaco flaco ni gordo gordo gordo gordo

En el ejemplo de arriba se puede verificar como hay siete espacios entre flaco y gordo. El espacio, cuanto más cerca está de un adjetivo, o palabra que indica un grado mayor en que se posee dicha característica.

El espacio central indica que el individuo no es flaco ni gordo. Si usted se cree muy gordo, pondrá una X en el espacio más cercano de la palabra gordo; si se percibe como "bastante flaco", pondrá la X en el espacio correspondiente; si no percibe flaco ni gordo pondrá la X en el espacio de en medio. O, si es el caso, en otro espacio.

Conteste en los renglones de abajo, como en el ejemplo de arriba, tan rápido como le sea posible, sin ser descuidado, utilizando la primera impresión. Conteste en **TODOS** los renglones, dando una **UNICA** respuesta en cada renglón.

Acuérdese que, en general, hay una distancia entre lo que somos y lo que nos gustara ser. Conteste, aquí, **COMO USTED ES Y NO COMO LE GUSTARIA SER**. Si usted se encuentra con alguna palabra que no entiende, que no sabe lo que significa, pregnteme por favor y le explicaré. Gracias.

YO SOY

- | | | |
|--------------------|-------|-----------------|
| 1. Introverso(a) | _____ | Extroverso(a) |
| 2.- Angustiado (a) | _____ | Relajado(a) |
| 3.- Amoroso | _____ | Odioso(a) |
| 4.- Callado(a) | _____ | Comunicativo(a) |
| 5.- Accesible | _____ | Inaccesible |
| 6.- Rencoroso(a) | _____ | Noble |

- | | | |
|----------------------|-------|------------------|
| 7.- Comprensivo(a) | _____ | Incomprensivo(a) |
| 8.- Incumplido(a) | _____ | Cumplido(a) |
| 9.- Leal | _____ | Desleal |
| 10.- Desagradable | _____ | Agradable |
| 11.- Honesto(a) | _____ | Deshonesto(a) |
| 12.- Afectuoso(a) | _____ | Seco(a) |
| 13.- Mentiroso(a) | _____ | Sincero(a) |
| 14.- Tratable | _____ | Intratable(a) |
| 15.- Frustrado(a) | _____ | Realizado(a) |
| 16.- Temperamental | _____ | Calmado(a) |
| 17.- Animado(a) | _____ | Desanimado(a) |
| 18.- Irrespetuoso(a) | _____ | Respetuoso(a) |
| 19.- Estudioso(a) | _____ | Perezoso (a) |
| 20.- Corrupto(a) | _____ | Recto(a) |
| 21.- Tolerante | _____ | Intolerante |
| 22.- Agresivo | _____ | Pacífico(a) |
| 23.- Feliz | _____ | Infeliz |
| 24.- Malo | _____ | Bondadoso |
| 25.- Tranquilo | _____ | Nervioso |
| 26.- Capaz | _____ | Incapaz |
| 27.- Afligido | _____ | Despreocupado |

28.- Impulsivo	_____	Reflexivo
29.- Inteligente	_____	Inepto
30.- Apático	_____	Dinmico
31.- Verdadero	_____	Falso
32.- Aburrido	_____	Divertido
33.- Responsable	_____	Irresponsable
34.- Amargado	_____	Jovial
35.- Estable	_____	Inestable
36.- Inmoral	_____	Moral
37.- Amable	_____	Grosero
38.- Conflictivo	_____	Conciliador
39.- Eficiente	_____	Ineficiente
40.- Egosta	_____	Generoso
41.- Carioso	_____	Fro
42.- Decente	_____	Indecente
43.- Ansioso	_____	Sereno
44.- Puntual	_____	Impuntual
45.- Tímido	_____	Desenvuelto
46.- Democrático	_____	Autoritario
47.- Lento	_____	Rápido
48.- Deshinibido	_____	Inhibido

49.- Pesimista	-----	Optimista
50.- Amigable	-----	Hostil
51.- Reservado	-----	Expresivo
52.- Deprimido	-----	Contento
53.- Simpático	-----	Antipático
54.- Sumiso	-----	Dominante
55.- Honrado	-----	Deshonrado
56.- Deseable	-----	Indeseable
57.- Solitario	-----	Amiguero
58.- Trabajador	-----	Flojo
59.- Fracasado	-----	Triunfador
60.- Miedoso	-----	Audaz
61.- Tierno	-----	Rudo
62.- Pedante	-----	Sencillo
63.- Educado	-----	Malcriado
64.- Melancólico	-----	Alegre
65.- Cortés	-----	Descortés
66.- Romántico	-----	Indiferente
67.- Pasivo	-----	Activo
68.- Sentimental	-----	Insensible
69.- Inflexible	-----	Flexible

70.- Atento



Desatento

71.- Celoso



Seguro

72.- Sociable



Insociable

ANEXO 4
INSTRUMENTO 3 DE SALUD.(P3)

A CONTINUACION ENCONTRARA USTED UNA SERIE DE SINTOMAS.PONGA UNA (X) EN LA LINEA QUE CORRESPONDA A LOS QUE HAYA SENTIDO EN LOS ULTIMOS 3-6 MESES.

Por ejemplo. Dolores musculares.

			X
Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia

1. Dificultades para quedarse dormido.

Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia

2. Despertar durante el sueño.

Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia

3. Colitis nerviosa.

Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia

4. Mal apetito.

Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia

5. Acidez o ardor de estmago.

Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia

6. Gases en el estómago.

Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia

7. Extremifimiento.

Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia

8. Mareos.

Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
----------	---------------	----------------	----------------------

9. Dificultades respiratorias.

Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
----------	---------------	----------------	----------------------

10. Agitación, inquietud, miedo.

Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
----------	---------------	----------------	----------------------

11. Irritabilidad, enojarse fácilmente.

Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
----------	---------------	----------------	----------------------

12. Sentirse sin fuerza para emprender tareas, fatigado.

Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
----------	---------------	----------------	----------------------

13. Nervioso.

Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
----------	---------------	----------------	----------------------

14. Dolores de cabeza.

Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
----------	---------------	----------------	----------------------

15. Cansancio permanente.

Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
----------	---------------	----------------	----------------------

16. Músculos tensos, rígidos.

Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
----------	---------------	----------------	----------------------